

Universidade Aberta do SUS - UNASUS

Universidade Federal de Pelotas

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância (EAD)

Turma 5



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou
diabetes da UBS Gilmar Cândido da Silva,
Cruzeiro do Sul / AC**

Ada Alicia Cabrera Ramirez

Pelotas, 2015

Ada Alicia Cabrera Ramirez

**Melhoria da atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes da UBS Gilmar Cândido da Silva,
Cruzeiro do Sul / AC**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Christiane Lacerda Franco Rocha

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

R173m Ramirez, Ada Alicia Cabrera

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes da UBS Gilmar Cândido da Silva, Cruzeiro do Sul/AC / Ada Alicia Cabrera Ramirez; Christiane Lacerda Franco Rocha, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

94 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Rocha, Christiane Lacerda Franco, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a Deus por guiar meus passos na travessia da vida e aos meus seres queridos que estão orgulhosos por saberem que a mãe encontra-se tentando fazer tudo o que é humanamente possível para deixar uma pequena marca de lembrança neste país irmão.

Agradecimentos

À minha orientadora Christiane Lacerda Franco Rocha, pela orientação para a realização deste trabalho, pela paciência, confiança em mim depositada, pela boa parceria e perseverança.

À Prefeitura e à Secretaria Municipal de Saúde, por todo apoio e crédito para o desenvolvimento do trabalho e da intervenção na unidade de saúde e também pela construção de um novo prédio com melhor estrutura para a melhoria de oferta de ações de qualidade, no atendimento à comunidade.

À minha Equipe de Saúde que esteve diretamente trabalhando com a comunidade para o sucesso da intervenção.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

Resumo

RAMIREZ, Ada Alicia Cabrera. **Melhoria da Atenção à Saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos da UBS Gilmar Cândido da Silva, Cruzeiro do Sul / AC.** 2015. 93 f Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família). Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes *Mellitus* (DM) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam ainda, mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica, submetidas à diálise. Sabendo-se que se a HAS e o DM forem diagnosticados precocemente será possível evitar maiores prejuízos aos seus portadores e ao SUS, com intenção de promover a Melhoria da Saúde de hipertensos e/ou diabéticos da Unidade de Saúde da Família (USF) Gilmar Cândido da Silva, em Cruzeiro do Sul, Acre, foi realizada uma intervenção com duração de 16 semanas, entre setembro de 2014 a janeiro de 2015 em que o objetivo foi identificar os portadores e implementar o Programa de Atenção à HAS e ao DM. Segundo esses dados teríamos na área de abrangência 114 hipertensos, dos quais apenas um tinha estratificação do risco cardiovasculares e 107 estavam com atraso em consulta agendada por mais de 7 dias. Entre os 15 diabéticos cadastrados, apenas um tinha realizado estratificação do risco cardiovascular e 14 estavam com atraso na consulta agendada por mais de 7 dias. Por meio de ações distribuídas em 4 eixos pedagógicos, a cobertura da HAS foi de 27,6% (113) e do DM foi de 36,6% (37). Todos (100%) os portadores de HAS e de DM (150) receberam exames clínicos apropriados, prescrição de medicamentos da farmácia popular ou da unidade de saúde priorizados, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, estratificação do risco cardiovascular e registro adequado na ficha de acompanhamento (ficha-espelho e planilha de coleta de dados). Esses usuários (100%) receberam ainda: orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação sobre prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal. Pelo fato da unidade de saúde estar localizada na zona rural, o acesso às residências dos usuários é difícil, dada a sua dispersão e as grandes distâncias. Devido a estas características, ao mau tempo e à falta de transporte no período da intervenção, 88,9% dos hipertensos e 95,7% dos diabéticos receberam busca ativa. Pelos motivos acima citados e também pela quebra no aparelho do laboratório de análises clínicas, 63,7% de portadores de HAS e 59,5% de portadores de DM realizaram exames complementares em dia, de acordo com o protocolo. A intervenção contribuiu para a superação profissional da equipe, a melhoria dos exames clínicos e de atividades de educação, prevenção e promoção de saúde na comunidade. Conclui-se que ainda sejam necessárias melhorias no serviço, como a ampliação dos cadastros de portadores de HAS e de DM e da prática de ações que continuem qualificando a oferta de atenção e cuidados destinados a essa população, que tem baixo nível de instrução e poder econômico, mas que reconhece o esforço na promoção de melhorias, inclusive de uma nova unidade de saúde, que se encontra em construção.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia da USF Gilmar Cândido da Silva, Cruzeiro do Sul, Acre.	13
Figura 2	Fotografia do momento do acolhimento na USF Gilmar Cândido da Silva, Cruzeiro do Sul, Acre, 2014.	15
Figura 3	Fotografia do momento de visita domiciliar na área de abrangência da USF Gilmar Cândido da Silva, Cruzeiro do Sul, Acre, 2014.	50
Figura 4	Fotografia de reunião com a comunidade com a participação das autoridades locais para comunicar a existência do Programa de Atenção à HAS e/ou DM na USF Gilmar Cândido da Silva, Cruzeiro do Sul, Acre, 2014.	52
Figura 5	Gráfico Indicativo da Cobertura do Programa de atenção ao hipertenso da USF Gilmar Cândido da Silva, Cruzeiro do Sul / AC, 2015.	59
Figura 6	Gráfico Indicativo da Cobertura do programa de atenção ao diabético da USF Gilmar Cândido da Silva, Cruzeiro do Sul / AC, 2015.	60
Figura 7	Gráfico Indicativo da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia, de acordo com o protocolo, na USF Gilmar Cândido da Silva, Cruzeiro do Sul / AC, 2015.	63
Figura 8	Gráfico Indicativo da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia, de acordo com o protocolo, na USF Gilmar Cândido da Silva,	

	Cruzeiro Sul / AC, 2015.	64
Figura 9	Gráfico Indicativo da Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa, da USF Gilmar Cândido da Silva, Cruzeiro do Sul / AC, 2015.	67
Figura 10	Gráfico Indicativo da Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa, da USF Gilmar Cândido da Silva, Cruzeiro do Sul / AC, 2015.	68
Figura 11	Fotografia da equipe que se reuniu para discutir a construção da nova unidade de saúde na Lagoinha, Cruzeiro do Sul, AC.	78
Figura 12	Fotografia da construção da nova unidade de saúde na Lagoinha, Cruzeiro do Sul, AC, 2015.	79

Lista de Abreviaturas

AC	Acre
ACS	Agente Comunitária de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CA	Câncer
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde em Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISPRENATAL	Sistema de Pré-natal
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema único de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	20 11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	20 11
1.2 Relatório da Análise Situacional	22 12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	40 27
2 Análise Estratégica	41 28
2.1 Justificativa	41 28
2.2 Objetivos e metas	44 29
2.2.1 Objetivo Geral	29
2.2.2 Objetivos Específicos	29
2.2.3 Metas	29
2.3 Metodologia	46 31
2.3.1 Detalhamento das Ações	46 31
2.3.2 Indicadores	56 37
2.3.3 Logística	63 42
2.3.4 Cronograma	65 46
3 Relatório da Intervenção	47
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	67 47
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	79 55
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	79 56
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	80 56
4 Avaliação da intervenção	81 58
4.1 Resultados	81 58
4.2 Discussão	97 74
5 Relatório da intervenção para gestores	101 82
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	85
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	87
Referências	89
Anexos	90

Apresentação

O presente trabalho foi realizado como parte das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, Ensino à Distância (EaD), da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas.

Este volume engloba a **análise situacional** da Unidade de Saúde da Família Gilmar Cândido da Silva, Cruzeiro do Sul, AC.com a descrição da situação da atenção primária e estratégia de saúde da família no município, dos principais problemas detectados no serviço e a relação entre eles; a **análise estratégica**, que é o projeto de intervenção; o **relatório da intervenção** que descreve os principais aspectos da implantação das ações propostas; o **relatório dos resultados da intervenção** que aborda a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos; e a **reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem** no decorrer do curso e da implementação da intervenção, além das referências e anexos.

1. Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

A ESF consolida-se a cada dia como a forma mais eficaz e eficiente de reorganização dos serviços de saúde, incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturando-se a partir de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), com as ações direcionadas às famílias, em um território de abrangência definido e uma equipe multiprofissional constituída por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

Nosso município apresenta protocolo que normatiza as ações dos profissionais inseridos nas unidades de saúde, no nível primário e secundário, validando na consulta de enfermagem a prescrição de medicamentos, os encaminhamentos dos usuários e a solicitação de exames complementares.

Eu trabalho na Unidade de Saúde da Família (USF) Gilmar Cândido da Silva, que se localiza em uma comunidade rural, a Vila Lagoinha, no município de Cruzeiro do Sul, estado do Acre (AC). A população da nossa área de abrangência é muito carente e vive bem distante do centro da cidade, sendo que algumas famílias vivem em até 68 quilômetros de distância. A unidade de saúde tem uma sala de acolhimento, um consultório médico, uma da enfermagem, uma sala de curativos, uma sala de vacinas e um consultório odontológico. Fazemos acompanhamento de gestantes e do bebê, dispensação de medicamentos básicos, dispensação de preservativos e contraceptivos, exame preventivo de câncer (CA) de colo de útero, nebulização, planejamento familiar, teste de gravidez, teste do pezinho.

A USF Gilmar Cândido da Silva realiza atendimento por demanda espontânea e formam-se grandes filas de usuários para serem atendidos, que sobrecarregam os horários. Ficamos muitos dias trabalhando inclusive no horário do almoço, para tentar cumprir a agenda. Não recebemos capacitação e nem orientação sobre a organização

do agendamento, a recepcionista que realiza o acolhimento não conhece as prioridades e fluxo de atendimento. Não contamos com protocolos de atendimento, mas, realizamos grupos de educação em saúde para idosos e fumantes.

As visitas domiciliares quando realizadas, ocorrem com a previa apresentação clínica do caso e programação da visita. Contamos com atendimento odontológico, mas infelizmente não realiza tratamento de canal, próteses e Rx, mas contamos com uma equipe de odontologia muito comprometida e capacitada,

1.2 Relatório da Análise Situacional (fevereiro à final de abril de 2014)

Cruzeiro do Sul é um município brasileiro localizado no interior do estado do Acre. A cidade é a segunda maior e mais populosa e umas das mais desenvolvidas do estado. Sua área é de 8.779,391 km² e a população do município em 2010, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) era de 78.507 habitantes (BRASIL, 2010).

Nosso município possuía em 2005, 51 estabelecimentos de saúde, sendo 46 deles públicos, entre hospitais, pronto-socorros, postos de saúde e serviços odontológicos. A cidade possui 220 leitos para internação em estabelecimentos de saúde, sendo 138 públicos e 82 privados. Existe na cidade um grande hospital geral, o Hospital Regional do Juruá, que absorve grande parte dos casos de todo oeste acreano e sul do Amazonas. Até o início do ano 2000 Cruzeiro do Sul contava com poucas unidades de saúde públicas, sendo o Hospital Geral o seu principal centro de saúde e uma gama de postos de saúde com baixa taxa de resolutividade de casos. Em 2007 foi inaugurado o Hospital do Juruá após 20 anos com obras arrastadas, se tornou centro de referência na região em casos de maior complexidade. No final de 2008 começou a ser construído o Hospital Materno-Infantil de Cruzeiro do Sul, na estrutura do antigo hospital geral do município, completando assim todo o atendimento de saúde na região, no município. Além disso, dispomos de uma unidade de Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) que trabalha 24 horas oferecendo serviço de urgência, traslado de encaminhamentos das USF ao Hospital, após prévios atendimentos médicos.

O município possui 12 USF urbanas e 10 rurais onde são oferecidos serviços

de atendimento médico geral, enfermagem, vacinas, odontologia, coletas de exames e curativos. Todas as unidades de saúde recebem o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Com relação à referência para atenção especializada, os usuários não dispõem de consulta de Angiologia, Nefrologia, Pneumologia, terapia ocupacional e traumatologia. Nosso município disponibiliza aos usuários a realização de exames complementares, entretanto, os resultados demoram cerca de 30 dias. Anteriormente, um dos grandes problemas da região, era a escassez de profissionais qualificados, até que no mês de outubro no ano 2013, chegaram os médicos cubanos do Programa Mais Médicos para colaborar com a melhoria da saúde do povo brasileiro.

A USF Gilmar Cândido da Silva encontra-se localizada na comunidade rural de Lagoinha e a população adscrita é bastante dispersa, sendo que há famílias que residem por volta de 65 quilômetros do centro de Cruzeiro do Sul. A Vila Lagoinha, onde situa-se a USF que trabalho situa-se a cerca de 35 quilômetros do centro da cidade. A USF tem 20 anos de fundação, é um antigo Posto de Saúde reestruturado, mas com uma capacidade de ação limitada, que não corresponde às necessidades de saúde da população da área de abrangência, caracteriza-se por ter a ESF como modelo de atenção e uma equipe de saúde composta por 12 ACS, 1 médico da família, 1 cirurgião-dentista, 1 enfermeiro, 1 auxiliar em saúde bucal, 1 técnico de enfermagem, 1 administrador, 3 vigilantes, 1 recepcionista, 1 auxiliar de farmácia e 1 auxiliar de limpeza.



Figura 1- Fotografia da USF Gilmar Cândido da Silva, Cruzeiro do Sul, Acre.

A USF onde atuo, trabalha com uma população estimada de 2689 habitantes, entretanto, o nosso cadastro está desatualizado, fato que dificulta precisar exatamente o número de habitantes da nossa área de abrangência. Nossa área territorial é muito extensa e as moradias são dispersas, o que dificulta o acesso às famílias, por falta de transporte. A unidade apresenta um espaço físico limitado. Não há sala de administração e gerência, sala para coleta de exames, sala de nebulização, sala de curativos, sendo necessário estabelecer-se horário programado para realização dessas atividades, por meio da alternância de função das salas disponíveis. Salas para almoxarifado e farmácia também não estão presentes, portanto, não contamos com área armazenamento e dispensação. Não há escovódromo, banheiro para funcionários, não existe área de copa e cozinha, sala de esterilização e nem área para abrigo de resíduos sólidos na nossa unidade de saúde.

A estrutura e ambiência desta USF não proporciona uma atenção acolhedora, tanto para os usuários, como para profissionais de saúde. Para os trabalhadores, a recepção é pequena, com dificuldade para a comunicação e não permite a privacidade do usuário. Não há placas de identificação dos serviços existentes e sinalização dos fluxos, nem espaços adaptados para as pessoas com deficiência, como banheiros adaptados, barras de apoio, corrimãos, rampas, larguras das portas adequadas, bebedouros mais baixos para cadeirantes ou pessoas com baixa estatura. Não estão presentes exaustores para possibilitar a circulação de ar, os ambientes de trabalho têm pouca luminosidade natural e são mais escuros do que claros, o piso não é antiderrapante e provoca trepidação em dispositivos com rodas. As portas são de madeira e as maçanetas não são de alavancas, as janelas são de madeira também e não contam com telas mosquiteiras, em uma área com grande incidência de malária.



Figura 2- Fotografia do acolhimento na USF Gilmar
Cândido da Silva, Cruzeiro do Sul, Acre, 2014.

Nesta USF não contamos com um local destinado às atividades administrativas, não há quadro, mural, computador, impressora, o que dificulta nosso trabalho e dos ACS. Devo assinalar também outro aspecto de suma importância que não dispomos de serviço telefônico, o que dificulta muito quando precisamos fazer algum encaminhamento ou necessitamos ligar ao SAMU, para atendimentos de urgência. Na unidade de saúde também não há sala de reuniões ou espaços destinados às atividades educativas em grupo e não dispomos de espaço destinado aos ACS.

A comunidade rural da Lagoinha apresenta alta demanda de atendimento, em uma estrutura física inadequada. Temos falta de manutenção de equipamentos e instrumentos essenciais. É preciso prever a possibilidade de restauração ou de construção de uma nova unidade de saúde, com base em características estruturais que solucionem as dificuldades existentes e apresentadas acima. Só assim será possível dar continuidade aos avanços da ESF. É necessário que tenhamos uma estrutura física adequada, com profissionais qualificados e em número suficiente, para que a população da área de abrangência possa receber a atenção e os cuidados nos moldes recomendados pelo Ministério da Saúde (MS).

Não há meios de locomoção disponíveis para o deslocamento dos ACS na área de abrangência, que é rural e dispersa, apresentando, devido a essas características,

dificuldades no acesso.

Não dispomos de material para pequenas cirurgias e remoção de pontos, o que leva o usuário, muitas vezes, a ter que se deslocar para um hospital muito distante da sua residência. Não dispomos de material educativo em nossa USF e há falta de medicamentos essenciais. O serviço de remoção de usuários é ineficiente e chega a demorar mais de uma hora, após ser chamado. Há dificuldades com referência e contra referência e, por vezes, o usuário retorna à comunidade sem que tenha recebido a adequada assistência.

Em nossa unidade de saúde não dispomos de material bibliográfico, de livros didáticos para as áreas clínicas, o que dificulta a superação e atualização dos profissionais.

Na nossa unidade de saúde, o Conselho de Saúde Local é ativo desde o ano 2010 e apesar das dificuldades e precariedades enfrentadas na comunidade, as lideranças locais estão sempre envolvidas em ações para a melhoria da qualidade de vida da população. A gestão no nosso município tem trabalhado muito para as melhorias, mas ainda há muitas conquistas que serão obtidas a longo prazo.

Nosso município tem protocolo que normatiza as ações dos profissionais inseridos nas unidades de saúde, no nível primário e secundário, validando a consulta de enfermagem, a prescrição de medicamentos, os encaminhamentos de usuários e a solicitação de exames complementares.

Realizamos atividades nas ações programáticas de Atenção à Saúde da criança, Saúde dos adolescentes, Saúde da mulher, Saúde do adulto, Saúde do idoso e de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

O apoio matricial do NASF tem-se mostrado excelente ferramenta para instrumentalizar as equipes de Atenção Básica, direcionando as práticas para um modelo de vigilância em saúde. Em consequência disso, temos equipes mais comprometidas e motivadas para alcançar melhores resultados.

Acredito que nós precisamos de duas equipes de trabalho porque a demanda de atendimentos agendados e de demanda espontânea é muito grande, entretanto, essa afirmação poderá ser feita com segurança quando dispusermos de um completo cadastramento.

Segundo os dados demográficos do caderno de ações programáticas (CAP) para uma população de 2689 habitantes, deveríamos ter em nossa USF: 883

mulheres em idade fértil (10-49 anos), 537 mulheres entre 25 e 64 anos, 134 mulheres entre 50 e 69 anos, 40 gestantes, que representam 1,5% da população total, 54 crianças menores de 1 ano, 108 crianças menores de 5 anos, 172 pessoas com 60 anos ou mais, 1500 pessoas com 20 anos ou mais, 473 pessoas com 20 anos ou mais com hipertensão, 135 pessoas com 20 anos ou mais com diabetes.

A nossa USF realiza dois turnos de atendimento diários, manhã e tarde, de segunda à sexta-feira. A equipe conhece avaliação de risco biológico e de vulnerabilidade social para definir o encaminhamento da demanda do usuário. Os usuários não solicitam consultas para o enfermeiro e sim para o médico, quando estão com problemas de saúde agudos e precisam ser atendidos no dia. Devido a isso, existe excesso de demanda espontânea e a equipe enfrenta dificuldades e em muitas ocasiões atendemos os usuários nos nossos horários de almoço e retardamos o horário de saída do trabalho, para oferecer atendimento para todos os usuários que necessitam de consulta médica, porque eles moram muito longe da unidade de saúde e não seria justo retornarem para suas casas, sem receberem atendimento. São atendidos usuários da área e de fora da área de cobertura. Fazemos encaminhamento de casos que requeiram atendimentos que não podemos ofertar, como emergências e atenção especializada.

Para os usuários de dentro e de fora da área de abrangência da USF, há oferta de atendimento odontológico de urgência e se a demanda está muito grande, o usuário é orientado e agendado para outra data. Atende-se de forma prioritária: gestantes, idosos e portadores de deficiências. Nem todos os serviços odontológicos são ofertados aos usuários.

Para universalizar a atenção à população é necessário que as unidades de saúde estejam preparadas para receber a demanda, de modo a oferecer às pessoas a resolutividade desejada e facilitar o acesso ao serviço. Devem ser escutadas, normalmente, por um profissional da unidade, mesmo sem marcar consulta, para conversar sobre seu problema. Além disso, esse acolhimento à população com avaliação de risco, vulnerabilidade, atuação em situações de urgência, deve ser realizado, reforçando o vínculo que se estabelece entre usuário e equipe e que é um fator determinante para a continuidade do cuidado ao cidadão.

A participação dos usuários nas atividades de planejamento, no acompanhamento e na avaliação das ações de saúde é uma estratégia importante para garantir que todas as necessidades observadas no território possam ser

sanadas. Além disso, o controle social constitui um exercício de cidadania. A população deve ser parceira nesta mudança que estamos buscando promover.

A nossa USF não conta com protocolos de atendimento à criança, não temos registros específicos de puericultura, as fontes utilizadas para preencher as informações do CAP foram o prontuário médico que os ACS organizam. Os registros estão separados por área de abrangência, pelas quais os ACS são responsáveis. Dessa forma, procurei as informações solicitadas. O registro de vacinas foi também uma fonte de muita utilidade. Devemos assinalar, que de forma geral, não existe arquivo específico para controle e monitoramento do programa de puericultura.

A organização do atendimento à demanda de atendimento da puericultura de 0 a 72 meses é muito deficiente, porque em primeiro lugar, não dispomos de cadastro atualizado por faixa etária e gênero, as crianças só recebem consultas de puericultura depois do nascimento para que as mães tenham certeza que vão receber o valor referente ao Programa Bolsa Família, como benefício social e que corresponde aos seus interesses individuais. Outro aspecto a assinalar é que na maioria das vezes, as mães não trazem seus filhos para consulta. Comparecem somente para teste de pezinho e vacinas, mas não procuram a enfermagem e o médico, a menos que a criança esteja doente. Boa parte das crianças recebe atualização de carteirinha através de campanhas de vacinação. Além disso, como já mencionei em outras vezes, minha unidade de saúde tem população rural e dispersa e, assim sendo, talvez pela distância entre as residências e a unidade, pelo baixo nível educacional e cultural, o atendimento programático acaba não tendo total eficácia.

Para embasar nossa análise situacional, utilizamos o CAP para levantar os dados sobre o grau de implementação das Ações Programáticas em exercício na nossa unidade de saúde, sendo que os indicadores de cobertura de cada Ação foram obtidos com base nos dados estimados a partir da distribuição da população da nossa área.

A cobertura do programa de atenção à criança de 0 a 72 meses, em relação aos dados estimados do CAP é de 72%, visto que deveríamos ter 54 crianças cadastradas no programa, segundo estimativas, e temos apenas 39 crianças. Dos indicadores de qualidade da atenção referentes à puericultura avaliados sabe-se que 26% (10) das crianças estão com consulta em dia, de acordo com protocolo do MS, temos 74%(29) de atrasos das consulta agendadas, em mais de sete dias, 100% (39) das crianças realizaram Teste do pezinho até 7 dias, 13% (5) das crianças tiveram a

primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida. Não temos os dados sobre a triagem auditiva e monitoramento de crescimento, 13% (5) das crianças receberam monitoramento do desenvolvimento na última consulta, 100% (39) das crianças estão com vacinas em dia, 13% (5) passaram por avaliação em saúde bucal, tiveram orientação para aleitamento materno exclusivo, receberam orientação para prevenção de acidentes.

A nossa USF não dispõe de tabelas pediátricas padronizadas para avaliação nutricional. Não há como classificar essas crianças em relação ao peso e determinar o percentil de acordo com o gênero e a idade. Não existe altímetro para medir altura e só dispomos de balança para adultos. Temos odontólogo, mas as mães não cumprem com a programação de agendamento para avaliação de saúde bucal para as crianças. É importante assinalar também, que devido às carências econômicas, a maioria das mães oferece aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida. Além disso, fazemos orientações com frequência semanal para educar as gestantes antes de parto e aproveitamos o contexto das visitas domiciliares para falar e orientar sobre a prevenção de acidentes, e dessa forma, realizamos ações educativas de segurança no ambiente doméstico.

O registro na USF para atendimento à gestante é realizado por meio de formulário especial de atendimento ao pré-natal. Além disso, contamos com arquivo específico para os registros dos atendimentos às gestantes, no qual a enfermeira faz revisão com frequência semanal, mas devemos assinalar que não contamos com cadastro atualizado da população, das mulheres em idade fértil para fazer atividades de avaliação pré-concepcional, antes de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. O registro apresenta dados incompletos da atenção pré-natal e no caso de puerpério, os dados, além de incompletos, estão desatualizados. Não realizamos grupos com gestantes e puérperas porque elas moram muito longe da unidade de saúde e mais de 50% da população é iletrada, fatos que constituem dificuldades na formação dos grupos.

A cobertura de pré-natal em minha USF, segundo os dados CAP, é de 72% (29). Aqui não se faz identificação precoce de todas as gestantes na comunidade o que não permite o início precoce da assistência pré-natal. Muitas gestantes não iniciam controle pré-natal no primeiro trimestre porque não contamos com o teste de gravidez. Apesar de apresentarmos dificuldades na captação das gestantes, uma vez

que elas ingressaram no programa, são bem cuidadas. Todas as gestantes (100%-29) tiveram o pré-natal iniciado no 1º trimestre, consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde, solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados, vacina antitetânica e contra hepatite B, prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme o protocolo, exame ginecológico por trimestre e orientação para aleitamento exclusivo. Apenas 17% (5) das gestantes realizaram avaliação de saúde bucal e isso acontece por diversos motivos, entre eles a distância das residências das gestantes à USF, a falta de informação da população, apesar das palestras educativas, pois em sua maioria é iletrada e o medo de dentista que é cultural.

A cobertura de consultas de puerpério é de 67% (36) considerando os dados demográficos do CAP. As puérperas e o recém-nascido devem contar com uma consulta na primeira semana após parto e outra consulta até o 42º dia depois de parto. Na minha comunidade, os usuários moram muito longe da USF e o difícil acesso dificulta a realização destas ações de saúde. Quanto às puérperas, 100% (36) foram consultadas antes dos 42 dias de pós-parto, tiveram a sua consulta puerperal registrada, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo, 47%(17) receberam orientação sobre planejamento familiar, 31%(11) tiveram as mamas examinadas, 8%(3) realizaram exame ginecológico, e não temos os dados sobre o abdome e estado psíquico avaliado, assim como, não sabemos se houve avaliação quanto às intercorrências das puérperas.

A equipe precisa conhecer e ter registro atualizado de puérperas da área de abrangência e para isso, voltamos ao início da análise situacional, onde afirmamos que não contamos com dados fidedignos, porque não temos cadastro atualizado da população onde fazemos atendimento e, além disso, o município não trabalha com indicadores avaliados porque o Sistema de Pré-natal (SISPRENATAL), que fornece informações gerais sobre as consultas puerperais do município é um programa novo que está em fase de teste e atualização. A equipe da USF deve também realizar visitas domiciliares durante o período puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

Nossa USF não conta com registro específico para controle de CA (câncer) de colo uterino. Fui buscar os dados e informações na coordenação da saúde da mulher e da criança, pois lá há um arquivo e registro de exames preventivos realizados por

faixa etária e conseguimos obter os dados das mulheres de 25 a 64 anos.

A cobertura da prevenção do CA de colo de útero é de 19% (110) e não atinge os objetivos propostos pelo MS, pela organização da Rede de Atenção Básica e pela Política Nacional de Atenção Oncológica, pois em minha unidade de saúde não são realizadas ações para o controle da população de risco para DST, não existe protocolo de prevenção do CA de colo uterino, não são registrados os atendimentos das mulheres que realizam a coleta de exame citopatológico na USF, só em formulários especiais para o citopatológico. Não existe arquivo específico para o registro dos resultados dos exames citopatológicos coletados, a equipe de saúde da unidade de saúde não realiza atividades com grupos de mulheres, não há profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento do programa de prevenção do CA de colo uterino.

Os poucos indicadores de qualidade na prevenção do CA de colo de útero, avaliados no CAP são muito preocupantes, porque o exame preventivo é feito de forma oportunística e não planejada, na medida em que, de forma espontânea, as mulheres solicitam atendimento. O médico avalia os fatores de risco e faz coleta de amostra para a realização de exame citopatológico, em casos onde há necessidade, segundo os critérios de risco. Não contamos com registro fidedigno de mulheres em idade fértil, além de não existir também, registro de população de risco para DST. Todas as mulheres cadastradas no programa (110) estão com exame citopatológico para CA de colo de útero em dia, passaram por avaliação do risco para CA de colo de útero e os exames coletados apresentam amostras satisfatórias. Das mulheres cadastradas com exame em dia, apenas 4% (4) apresentaram exame citopatológico para CA de colo de útero alterado e 82% (90) receberam orientação sobre prevenção de CA de colo de útero e orientação sobre DST. Não foi possível identificar em que porcentagem dos exames citopatológicos coletados, estavam presentes as células representativas da junção escamocolumnar.

Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do programa de controle do CA de colo de útero, na nossa USF, inicialmente, deve-se obter o registro, o arquivo e cadastro atualizado das mulheres em idade fértil e população de risco para contrair DST, garantir a qualidade dos registros das ações nos sistemas de informação vigentes, fazer capacitação dos agentes comunitários de saúde sobre a importância da realização da coleta do exame citopatológico, como estratégia segura e eficiente para detecção precoce do CA do útero na população feminina de sua micro área,

realizar trabalhos interdisciplinar e em equipe, realizar atividades de educação permanente, relativas à saúde da mulher, buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à unidade mantendo a equipe informada, principalmente a respeito de mulheres em situação de risco, estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas relativas ao controle do CA do colo do útero, fazer planejamento da equipe, visando a promoção à saúde, à prevenção e ao acompanhamento das mulheres, depois de contar com um registro atualizado.

Para não perder o seguimento de mulheres com exame alterado, sugiro a realização de visitas domiciliares para estimular a adesão ao tratamento, fazer busca ativa das faltosas, fazer atividades de educação permanente, orientando-as sobre a importância dos exames e facilitando o acesso a eles.

Não foi possível preencher o CAP na aba sobre prevenção de CA de mama, porque na USF não existe registro correto de mulheres entre 50 e 69 anos, portanto, não é possível fazer uma avaliação da cobertura. Nesta unidade de saúde não há nenhum registro das mulheres que estão na faixa etária da ação programática. Na região coberta pelo Hospital Regional do Juruá não há oncologista, e só agora, há pouco tempo, começou funcionar o mamógrafo. Até então, as ocorrências eram registradas fora do domicílio.

Não foi possível preencher os dados solicitados no caderno, portanto, a qualidade do controle do CA de mama é muito deficiente.

O preenchimento do caderno de ações programáticas nas abas que tratam da atenção à hipertensão arterial sistêmica (HAS) e da atenção ao diabetes mellitus (DM) só foi possível, por meio de dados obtidos com os ACS, de forma individual, entretanto, a informação não é atualizada porque o cadastro é do ano passado. Na realidade, em nossa USF, não existe registro e nem arquivo específico para HAS e/ou DM, então, esses dados não são confiáveis.

O número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da USF, cadastrados nessa ação programática não corresponde a nossa realidade, porque a demanda de acolhimento e atendimento supera a população doente cadastrada por HAS, além disso, para cadastrar essa população, não foram considerados os critérios de diagnósticos e classificação da HAS, porque a equipe não estava tendo a cautela, de realizar controle baseado no protocolo, de repetir a aferição da pressão arterial, em consultório, em dias diversos. Este diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas

aferições casuais.

A cobertura de HAS é de 24% (114), uma vez que pelas estimativas deveríamos ter 473 portadores de HAS na área de abrangência. Ainda há muito a ser melhorado porque o primeiro pilar é contar com um bom cadastro e registro específico da doença na unidade de saúde, para depois pensarmos em ações programáticas que melhorem a saúde do indivíduo e diminuam as complicações como por exemplo, doença cérebro vascular, doença artéria coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica e doença arterial periférica.

Encontramos na nossa USF apenas um portador de HAS que passou por estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 94% (107) apresentam atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, 6% (7) que estão com exames complementares periódicos em dia, receberam orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável e desconhece-se a porcentagem dos usuários que estão com avaliação de saúde bucal em dia.

Os indicadores da qualidade da atenção à HAS avaliados estão muito críticos. Não dispomos de protocolos de atendimento, acompanhamento e avaliação da doença, não há rastreamento para HAS a cada dois anos nas pessoas adultas com pressão arterial menor que 120/80 mmHg e rastreamento anual se a pressão sistólica estiver entre 120 e 139 mmHg e diastólica entre 80 e 90 mmHg. Os indicadores de qualidade revelam que a atenção aos hipertensos não atinge os objetivos desejados e propostos pelo MS para melhorar a qualidade de vida dos habitantes do Brasil e diminuir as complicações e óbitos devido à HAS.

Os aspectos de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à HAS em minha USF são, em primeiro lugar, a criação de consciência e sensibilização da equipe, sobre a importância de cadastrar a população, classificar os riscos, criar registro específico para hipertensos, pesquisar 100% da comunidade, avaliando os fatores de risco. Precisamos também da consciência dos gestores de saúde para que tomem providências para as carências de recursos materiais, como a falta de altímetros, aparelhos para medir a pressão arterial, balanças calibradas, além da capacitação atualizada dos profissionais.

O número de diabéticos com 20 anos ou mais, residentes na área e cadastrados nesta ação programática não é correspondente à realidade porque o número de diabéticos que pesquisamos por método clínico e foram confirmados por

exames de laboratório é muito maior do que a população doente cadastrada por DM e acompanhada na unidade de saúde. Isso significa que muitos portadores da doença não estão cadastrados nesta ação.

A cobertura do programa de atenção à DM é de 11% (15), comparando-se aos dados estimados no CAP. Esses números representam a população cadastrada e acompanhada na USF, o que confirma que nossos cadastros estão incompletos e o controle da população está deficiente, porque não existe registro específico, não se realizam atividades de grupo, não há planejamento, organização, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações para atuar sobre os fatores de risco como dislipidemias, obesidade, sedentarismo, não dispomos de protocolos de atuação e nem realizamos estratificação de risco para doença cardiovascular, renal, arterial periférica retinopatia diabética com cegueira crônica e a temida amputação, consequência do pé diabético.

Apenas 7% (1) dos portadores de DM que são cadastrados e acompanhados na USF tem realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 93% (14) têm atraso na consulta agendada em mais de 7 dias, 47% (7) têm exames complementares periódicos em dia, exame físico dos pés nos últimos 3 meses, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses e medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses. Também para 47% (7) da população foi realizada orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável e estão com a avaliação de saúde bucal em dia.

Os indicadores avaliados revelam que ainda temos que melhorar em muitos aspectos da atenção básica, como porta de entrada do sistema de saúde. Para melhorar a atenção aos diabéticos, precisamos trabalhar com o rastreamento de mais dos 50 % da população que não sabe que é portadora da doença, pesquisar de forma permanente a população adscrita, fortalecer as ações que atuam diretamente sobre os fatores de riscos, principalmente obtendo mudanças de hábitos e costumes inadequados, à manutenção da saúde.

Uma pesquisa criteriosa deverá ser realizada e essa busca deverá ser feita em indivíduos assintomáticos que apresentem maior risco para doença, como: idade maior que 45 anos, sobrepeso, com índice de massa corporal maior de 25, antecedente familiar, especialmente com história de diabetes em pai ou mãe, história de macrosomia ou diabetes gestacional, diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos, dislipidemias, doenças cardiovasculares, cérebro vascular ou vascular

periférica definida e atuar nos indivíduos de risco para a obtenção de mudanças nos estilos de vida, manutenção do peso, aumento de ingestão de fibras, restrição de gorduras, especialmente saturadas, aumento de atividade física regular com ajuda do NASF, além de sensibilizar os gestores para que priorizem o nível de gestão, em busca de melhorar os insumos como glicômetros, reativos para laboratórios e de forma geral criar as condições para se obter uma boa pesquisa e atendimento.

É muito preocupante responder, uma vez mais, que acontece com este programa, uma situação similar às pesquisas dos programas anteriores. Não contamos com registro de idosos em minha USF, dispomos apenas de prontuários clínicos, onde é registrado o atendimento clínico. O CAP foi preenchido por meio dos dados obtidos por informação solicitada aos ACS e os prontuários clínicos de todas as doenças e não especificamente dos idosos.

A cobertura do programa que oferta atenção aos idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na USF é de 97%, se comparados aos dados demográficos estimados no CAP.

Temos 167 usuários cadastrados e acompanhados na USF nesta faixa etária, entretanto, a demanda de atendimento é muito significativa, sobretudo para as doenças agudas. Existe um dia específico com dois turnos de atendimento para os idosos e é provável que muitos dos frequentadores da unidade de saúde não estejam cadastrados, a exemplo do que ocorre nas ações que ofertam cuidados aos portadores das doenças crônicas, pois não temos certeza do número total de usuários. O número informado pelos ACS, não corresponde à demanda de atendimento desse público alvo, em minha USF.

Não realizamos grupos específicos para idosos, a equipe do NASF faz atendimento, mas não existe continuidade de oferta de cuidados, com as pessoas que precisam de apoio. Então, somente quando todos os usuários estiverem cadastrados na ação, teremos com certeza, uma maior cobertura.

Sobre os indicadores de qualidade, podemos relatar que nossos idosos com mais de 60 anos não possuem a Caderneta de Saúde da pessoa idosa, não ocorre a realização de avaliação multidimensional rápida e não é realizada a investigação de indicadores de fragilização na velhice, regularmente. Dos nossos idosos com mais de 60 anos, 7% (12) estão com o acompanhamento em dia, 4% (7) são portadores de hipertensão arterial sistêmica, 2% (4) são portadores de Diabetes Mellitus, em 3% (5) dos idosos com mais de 60 anos foi realizada a avaliação de risco para

morbimortalidade e em 2% (4) dos idosos foi realizada investigação de indicadores de fragilização na velhice. Receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividade física regular, 3% (5) dos idosos. Apenas 2% (3) apresentam avaliação de saúde bucal em dia.

Não temos conhecimento de idosos que possuam caderneta de identidade do idoso, porque foram distribuídas apenas algumas, no início do ano 2011, entretanto, após esse período, foram cadastrados novos idosos, que ainda não têm carteira.

Avaliando os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos em minha USF, iniciaremos pela necessidade de ampliar a promoção da saúde, na perspectiva da atenção básica, mediada pelo compromisso ético, social e político, envolvendo o idoso como partícipe do bem-estar, ampliando a participação social recomendada pelo SUS.

Concluindo, a atenção à saúde do idoso no Brasil encontra-se em transição, na luta entre o velho e a novo modelo de atenção à saúde. O modelo existente de atenção aos idosos ainda não é adequado, pois não atende totalmente as suas necessidades. Os problemas de saúde do idoso, além de serem de longa duração, requerem pessoal qualificado e equipes multidisciplinares, então, qualificar profissionais de saúde para assistência aos idosos é essencial e nenhum gestor pode se furtar a essa necessidade, portanto, quantificar também é essencial, uma vez que há falta de profissionais nos serviços para esta atenção.

A Saúde Bucal em nossa comunidade é muito bem representada, pois a equipe é muito comprometida e responsável. Todos dedicam seu tempo na realização de um bom atendimento à comunidade, não se esquecendo de incluir na proposta de trabalho, a educação e promoção em saúde. Apesar da boa atuação da equipe, como os atendimentos realizados são em sua maioria, por demanda espontânea ou emergências, os dados do trabalho produzido, nem sempre são registrados. Encontramos disponível que do total de usuários que realizaram a primeira consulta programática de saúde bucal, 20 são pré-escolares, 20 são escolares, 20 são usuários com 15 a 59 anos, exceto gestantes, 15 são idosos com 60 anos ou mais e 7 são gestantes.

Assim sendo, precisamos melhorar nossos registros para que possamos ter uma visão mais ampla e real da situação que se encontra a nossa unidade de saúde.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Quando fazemos uma comparação na situação que se encontrava minha USF, em relação ao estado que se encontra atualmente, acredito que não tenha tido muitas modificações, entretanto, eu consegui avaliar melhor o que acontece por lá, por meio das respostas dos questionários e do preenchimento do CAP. Pude perceber que há muito a melhorar e durante esse levantamento, fomos tomando providências, buscando as soluções das dificuldades. Como parte das nossas conquistas, os gestores de saúde municipais planejaram uma reunião em toda última sexta-feira de cada mês, para avaliar a situação das unidades de saúde urbanas e rurais. Trabalhará conosco uma nova ginecologista, que integrará a equipe para melhorar a atenção à saúde da mulher e serão confeccionados prontuários clínicos, especificamente para as consultas de puericultura. Outras ações que têm como objetivo a melhoria da condição do trabalho na atenção básica, também serão executadas.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A razão pela qual se optou por realizar uma intervenção no programa de atenção à HAS e ao DM na nossa USF foi o fato de acreditar que a atenção básica caracteriza-se, segundo a Portaria nº 2.488 (21 de outubro de 2011), por um conjunto

de ações que podem ser realizadas individualmente e coletivamente, que visam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Sua gestão deve ser realizada de forma democrática e participativa com o objetivo de reordenar o sistema de saúde e deverá ter como base, os princípios da integralidade, equidade e universalidade. Dessa forma, espera-se minimizar muitos riscos para os portadores de HAS e/ou DM da nossa área de abrangência.

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos, sendo que em média, 32 em cada 100 indivíduos são portadores de HAS. Na faixa etária de 60 a 69 anos, este número sobe para 50 em cada 100 indivíduos e acima de 70 anos, acomete 75% dos indivíduos (BRASIL, 2013a).

No Brasil, no ano de 2009, ocorreram 51.828 mortes por diabetes. Entre 1991 e 2000, a frequência de óbitos aumentou em 24% (de 34/100.000 óbitos para 42/100.000 óbitos) e, posteriormente, no intervalo do ano 2000 a 2009, houve uma redução de 8% nessas mortes (de 42/100.000 para 38/100.000) (BRASIL, 2013 b).

O DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no SUS e representam ainda, mais da metade do diagnóstico primário em portadores de insuficiência renal crônica, submetidas à diálise (BRASIL, 2013b).

Como a nossa USF situa-se em área rural, temos muita dificuldade com a adesão ao tratamento pelos usuários, devido à distância que têm que percorrer para chegar à unidade de saúde. Os indicadores de qualidade da atenção à HAS e/ou DM avaliados, são muito críticos, o cadastro é incompleto, não existem protocolos de atendimento, acompanhamento e avaliação das doenças, assim como não há rastreamento para HAS e/ou DM adequados.

Os aspectos que viabilizam a realização dessa intervenção são a participação da equipe e a vontade de melhorar em muitos aspectos a atenção básica, como porta de entrada do sistema de saúde.

Pretendemos por meio desta intervenção, identificar e melhorar a cobertura e a qualidade da atenção aos portadores de HAS e/ou DM residentes na área de abrangência da USF Gilmar Cândido da Silva.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral - Melhorar a atenção aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da USF Gilmar Cândido da Silva.

2.2.2 Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura da atenção dos hipertensos e diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos.
4. Melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

2.2.3 Metas

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e /ou diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 30% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2 Cadastrar 30% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados.

3. Melhorar a adesão de hipertensos e /ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovascular.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados.

2.3 Metodologia

2.3.1 Detalhamento das Ações

Este projeto de intervenção está estruturado para ser desenvolvido no período de **16** semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) **Gilmar Cândido da Silva**, no Município de **Cruzeiro do Sul, AC**. Projeta-se a participação de adultos de 20 anos e mais, sendo 123 hipertensos e 31 diabéticos, em um total de 154 usuários.

Durante a intervenção, para o cumprimento das metas, realizaremos ações em quatro eixos temáticos que são: **monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica**, que serão baseadas nos protocolos de referência do Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial Sistêmica, os Cadernos da Atenção Básica números 36 e 37 do MS, publicados em 2013. As ações que serão realizadas na intervenção serão monitoradas por meio do controle das fichas-espelho de cada usuário e da planilha eletrônica de coleta de dados, disponibilizadas pelo curso. A planilha de coleta de dados apresentará itens que deverão ser preenchidos, de acordo com a ficha-espelho de cada usuário cadastrado na ação programática. Os dados registrados nessa planilha estarão interligados em uma planilha que compilará todos os dados e criará automaticamente os gráficos dos indicadores, avaliados na intervenção. Os modelos da ficha-espelho e da planilha eletrônica de coleta de dados que serão utilizadas foram disponibilizados pelo Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS; UNASUS e Universidade Federal de Pelotas.

Por meio das ações de **monitoramento e avaliação**, monitoraremos durante a intervenção, o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus da unidade de saúde, a realização de exame clínico apropriado aos usuários portadores hipertensão e diabetes, o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados, de acordo com o protocolo adotado na USF e periodicidade recomendada, o acesso aos medicamentos da farmácia da USF ou da Farmácia Popular aos hipertensos e diabéticos, a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista, o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo para hipertensos e diabéticos, a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, a realização de orientação nutricional, de orientação para atividade física regular, de orientação sobre os riscos do tabagismo e a de orientação sobre higiene bucal e cuidados com a saúde bucal para hipertensos e diabéticos.

Com as ações para **organização e gestão do serviço**, para garantir o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa, organizaremos medidas estratégicas, através dos coordenadores da USF, para garantir aos ACS os meios de locomoção e transportes, para que seja possível realizar o cadastro dos portadores de HAS e/ou DM. Sensibilizaremos os gestores de saúde para garantir os meios de transporte e locomoção para a equipe, visto que trabalhamos em áreas rurais e não é fácil obter inicialmente os 30% dos cadastros e no decorrer do ano, os 100% dos cadastros dos usuários que sofrem HAS e/ou DM, lembrando que eles moram longe da unidade de saúde e em áreas de difícil acesso.

Para melhorar o acolhimento dos portadores de HAS e/ou DM, solicitaremos e orientaremos, durante a capacitação, o pessoal da recepção para que desenvolva um bom trabalho, considerando que a Atenção Básica é considerada a porta de entrada do SUS.

Para garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, conversaremos com os gestores municipais, logrando de um bom engajamento, para que garantam e providenciem o material para realizar o atendimento aos usuários que são portadores de HAS e/ou de DM. Solicitaremos aos gestores de saúde e

coordenadores da unidade de saúde a garantia da entrega de glicômetros para realizar glicemia capilar na USF e nas visitas domiciliares.

Definiremos atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de hipertensos e diabéticos, a capacitação dos profissionais ocorrerá de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, em uma sala adaptada porque nossa USF não dispõe de uma sala de reuniões da equipe, nas duas semanas que antecedem a intervenção e nas quatro primeiras semanas, uma vez na semana, durante uma hora e trinta minutos. Disporomos de uma versão impressa e atualizada do protocolo para estar disponível na unidade de saúde, garantiremos a solicitação dos exames complementares, garantiremos, com o gestor municipal, agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, estabeleceremos sistemas de alerta aos exames complementares preconizados, realizaremos controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, manteremos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, organizaremos a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e/ou diabético, estabeleceremos as prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

Ainda neste eixo, pretendemos solicitar, junto ao gestor, ofertas de consultas com dentista para estes usuários, organizar visitas domiciliares para realizar a busca aos faltosos, organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares, manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas, implantar planilha/registro específico de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações e o médico será responsável pelo monitoramento registros.

Para que se cumpram todas essas ações, realizaremos reuniões mensais na USF onde convocaremos os Gestores Municipais de saúde e membros das comunidades, que ocupem algum cargo e possam contribuir com nosso trabalho e com a população.

Pretende-se organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença e a responsável será a coordenadora da USF e os profissionais da equipe. Para que isso aconteça de forma satisfatória, criaremos um arquivo específico para

hipertensos e diabéticos e as fichas-espelho de cada usuário será colocado nesse arquivo, na data de retorno das consultas, na unidade. Mensalmente a recepcionista fará o controle desses dados.

Priorizaremos o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, organizaremos a agenda para o atendimento desta demanda, organizaremos práticas coletivas sobre alimentação saudável, demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade, organizaremos práticas coletivas para orientação de atividade física, demandaremos junto ao gestor, parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade, demandaremos ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo", organizaremos a prática coletiva para orientações sobre cuidados sobre a saúde bucal, demandaremos, junto ao gestor, a possibilidade de aquisição de macro modelos odontológicos e kits de higiene bucal.

Nas ações para o **engajamento público**, informaremos à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e ao DM da unidade de saúde e sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Para realizar essas atividades, realizaremos atividades envolvendo a equipe do NASF, gestores da prefeitura e líderes comunitários para organizar palestras nas escolas, creches, igrejas, onde a comunidade ocupe o papel de protagonista.

Orientaremos a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg., sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM, orientaremos os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, quanto à necessidade de realização de exames complementares, quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, quanto ao direito do usuário de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular para HAS e DM e possíveis alternativas para obter este acesso. Estas ações serão conquistadas, por meio de realização de reuniões e contato com os líderes da comunidade e orientaremos também a população sobre como obter medicamentos de uso contínuo para tratamento de HAS e DM, gratuitamente.

Buscaremos parcerias na comunidade, mobilizaremos a comunidade para demandarmos, junto aos gestores municipais, a garantia da disponibilização do atendimento odontológico, informaremos a comunidade sobre a importância da realização das consultas, ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de HAS e/ou DM, esclareceremos aos portadores de HAS e/ou DM e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, orientaremos os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Todas essas ações serão cumpridas, com o auxílio da coordenadora da USF e dos profissionais da equipe.

Pretende-se orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e quanto à importância do acompanhamento regular, esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, como alimentação, por exemplo. Essas ações são de fundamental importância para a conscientização da população, em relação aos riscos da HAS e DM, portanto, realizaremos orientações sobre o conhecimento de possibilidades para o autocuidado.

Com o auxílio dos profissionais do NASF e da equipe, orientaremos hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares, sobre a importância da alimentação saudável, sobre a importância da prática de atividade física regular. Orientaremos também os hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, assim como, sobre a importância da higiene bucal e dos cuidados sobre a saúde bucal.

Por meio de ações para **qualificação da prática clínica**, capacitaremos os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Pactuaremos com a equipe, a realização de tarefas, palestras, cursos que permitam a capacitação dos profissionais da USF com o objetivo de realizar um correto cadastro dos portadores de HAS e/ou DM.

Capacitaremos a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, treinando a equipe para o uso adequado do manguito e para a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Sensibilizaremos e convenceremos aos gestores municipais sobre a importância de pesquisar oportunamente os usuários portadores de diabetes

mellitus, para iniciar diagnóstico e tratamento adequado e evitar futuras complicações.

Capacitaremos a equipe para seguir os Cadernos da Atenção Básica números 36 e 37, publicados em 2013 e adotados na unidade de saúde para fins de solicitação de exames complementares. Realizaremos atualização do profissional no tratamento da HAS e DM, capacitaremos a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da nossa própria USF ou da Farmácia Popular no caso de não dispormos na unidade de saúde, capacitaremos a equipe para a avaliação e tratamento bucal do hipertenso e/ou diabético e para isso pediremos auxílio para a odontóloga.

Os ACS serão treinados para a orientação de hipertensos e/ou diabéticos, quanto à realização de consultas, considerando a periodicidade recomendada. Treinaremos a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos portadores de HAS e/ou DM, inclusive da planilha de coleta de dados; capacitaremos a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, orientaremos a equipe para realizar estratificação de risco, segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, e daremos especial atenção à avaliação dos pés. Capacitaremos a equipe para a importância do registro desta avaliação e sobre as possibilidades para o controle de fatores de risco modificáveis.

Aproveitaremos o momento e discutiremos sobre práticas de alimentação saudável, sobre promoção da prática de atividade física regular, as possibilidades sobre tratamento de tabagistas, sobre a importância e cuidados sobre a saúde bucal do hipertenso e/ou diabético. Além disso, aproveitaremos a oportunidade para discutir com a equipe, sobre as metodologias de educação em saúde, que melhor serão utilizadas na nossa área de abrangência. Todas essas ações serão desenvolvidas na USF, com objetivo de preparar a equipe para receber os portadores de HAS e/ou DM e de ofertar a todos os cadastrados atenção e cuidados, tendo como objetivo identificar precocemente esses usuários e acompanhá-los de forma a prevenir que maiores danos possam acometê-los.

2.3.2 Indicadores

Relativa ao Objetivo 1:

Meta 1.1 Cadastrar 30% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 30 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Relativa ao Objetivo 2:

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados.

Indicador 2.1 Proporções de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados

Indicador 2.2 Proporções de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3 Proporções de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4 Proporções de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5 Proporções de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6 Proporções de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados.

Indicador 2.7 Proporções de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados.

Indicador 2.8 Proporções de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativa ao Objetivo 3:

Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1 Proporções de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2 Proporções de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Relativa ao Objetivo 4:

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Relativa ao Objetivo 5:

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 Proporções de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao Objetivo 6:

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados.

Indicador 6.1 Proporções de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de s hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos cadastrados.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos cadastrados.

Indicador 6.4 Proporções de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos cadastrados.

Indicador 6.5 Proporções de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos cadastrados.

Indicador 6.6 Proporções de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos s hipertensos cadastrados.

Indicador 6.7 Proporções de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de s hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos s diabéticos cadastrados.

Indicador 6.8 Proporções de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de s diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Essa intervenção acontecerá durante 4 meses na USF Gilmar Cândido da Silva, localizada na Lagoinha na cidade de Cruzeiro do Sul, estado do Acre.

Incluiremos, em princípio, 123 hipertensos e 31 diabéticos, em um total de 154 usuários, o que representa 30% da população alvo, segundo as estimativas da planilha eletrônica de coleta de dados e, com isso, pretendemos melhorar a atenção aos portadores de hipertensão e/ou diabetes mellitus, moradores da área de abrangência e cadastrados nessas ações programáticas.

Nossa unidade de saúde, conforme esclarecido anteriormente, localiza-se na zona rural, os moradores da área de abrangência residem a grandes distâncias e em locais de difícil acesso, portanto, é necessário um grande empenho para realizarmos de forma gradual e contínua um bom trabalho.

Nesta intervenção realizaremos ações distribuídas nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Para que obtenhamos sucesso na intervenção teremos que organizar a unidade, capacitar a equipe, cadastrar os usuários, para que possamos dar início ao trabalho de rastreamento em indivíduos assintomáticos que apresentam maior risco para HAS e DM, considerando que os fatores indicativos de maiores riscos bilógicos são: idade maior que 45 anos, sobrepeso (índice de Massa corporal maior de 25), antecedente familiar (mãe ou pai) de DM, história de macrosomia ou Diabetes Gestacional, diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos, dislipidemias, doenças cardiovasculares, cérebro vascular ou vascular periférica definida.

Devemos atuar nos indivíduos de risco para obter mudanças nos estilos de vida, manutenção do peso, aumento de ingestão de fibras, restrição de gorduras, especialmente saturadas e aumento de atividade física regular, com ajuda do NASF. Devemos também sensibilizar aos gestores, para que priorizem o nível de gestão, em

busca de melhorar os insumos como glicômetros, reativos para laboratórios e de forma geral, criar as condições para a obtenção de um bom rastreamento e atendimento dos usuários.

Todas as ações planejadas para a intervenção serão baseadas nos protocolos do MS publicados para a atenção à HAS e DM no ano de 2013 e cada membro da equipe terá o conhecimento prévio sobre o papel que deverá desempenhar, a fim de atingirmos as metas propostas nesta intervenção.

Para capacitar a equipe, organizaremos várias reuniões, onde todos os membros poderão participar. Usaremos o horário da reunião da equipe da unidade de saúde para realizar este trabalho e os protocolos de referência para essas doenças crônicas, serão as referências para a capacitação. Os profissionais do NASF e a equipe odontológica participarão dos encontros e todos foram convidados a contribuir, por meio de compartilhamento de seus conhecimentos específicos, com os profissionais das outras áreas. Faremos uma revisão prática dos conceitos das medidas de pressão arterial e de glicemia, assim como pretendemos rever os outros itens da triagem, com objetivo de aprimoramento do nosso trabalho. Todas as fichas utilizadas para registro dos dados da intervenção serão preenchidas em treinamento pela equipe, para que todas as dúvidas possam ser sanadas. Nessas ocasiões pretendemos organizar a busca ativa e a agenda para que os usuários que chegarem à unidade sejam priorizados em seus atendimentos. As reuniões ocorrerão na sala de espera porque nossa USF não conta com sala para esse fim. Para que as reuniões possam acontecer teremos que improvisar e trabalhar nessa organização após o expediente, com as portas fechadas.

Solicitaremos à gestão materiais para a identificação dos portadores de HAS e/ou DM como esfigmomanômetros, estetoscópio, fitas métricas, glicômetros, balanças, entre outros. Serão solicitados também materiais como cartazes, folhetos e panfletos para serem afixados e distribuídos na unidade de saúde e em locais da comunidade, onde haja grande frequência da população, com objetivo de divulgar a intervenção e orientar os usuários.

Antes de darmos início à intervenção, faremos o levantamento das fichas dos usuários cadastrados nas ações e separaremos em arquivos específicos, para facilitar o controle e acompanhamento desses usuários. Quando o usuário for registrado no Programa de atenção à HAS e ao DM, seus dados passarão a ser anotados na ficha-espelho (Anexo C) e na planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo B),

disponibilizadas pelo curso da Universidade Federal de Pelotas. Esses instrumentos serão responsáveis pelo monitoramento das ações planejadas para a intervenção.

Para isso, providenciaremos as cópias das fichas-espelho, em número suficiente para todos os usuários que forem cadastrados no programa, nesse primeiro momento. As fichas dos usuários cadastrados previamente também serão substituídas pelas fichas de modelo novo, na medida em que o usuário venha à USF.

Além do levantamento dos usuários que já estavam cadastrados no programa anteriormente e a organização dos arquivos específicos para armazenamento das fichas-espelho, todas as ações referentes aos preparativos da intervenção, como a solicitação dos materiais aos gestores, a capacitação inicial da equipe, o início da divulgação da intervenção na comunidade, serão realizadas previamente, sendo que no início da intervenção, tudo estará organizado.

Os ACS, desde agora visitarão os domicílios em busca de novos usuários e realizarão o cadastro inicial ou farão o recadastramento do usuário para fim de uma melhor organização. Os usuários que fazem parte do grupo populacional alvo da intervenção, especialmente os com suspeita de risco, deverão ser convidados para realizar exames iniciais para possível diagnóstico de HAS e/ou DM.

3. Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e realizadas

Para dar cumprimento às metas propostas para a intervenção, foram realizadas ações nos quatro eixos temáticos: **monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.**

Todas as ações propostas para o eixo de **monitoramento e avaliação** foram cumpridas e foram realizadas por meio de controle de fichas-espelho nos arquivos específicos, prontuários e da planilha de coleta de dados eletrônica, disponibilizada pelo curso, onde completamos os dados de cada usuário, após cada consulta. Foram monitoradas as seguintes ações: o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e ao DM da unidade de saúde, a realização de exame clínico apropriado para hipertensos e diabéticos, o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada e protocolo adotado na unidade de saúde, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular aos hipertensos e diabéticos, a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

O cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, o número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos, a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos, a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos, a realização de orientação sobre higiene bucal e cuidados com a saúde bucal aos hipertensos e diabéticos, também foram monitoradas.

A maioria das ações previstas no eixo de **organização e gestão do serviço** foi cumprida, entretanto, nem sempre integralmente. Para garantia dos registros dos portadores de HAS e/ou DM cadastrados no programa, realizamos reuniões junto aos gestores municipais de saúde, presidida pela Secretária Municipal da Saúde e pelo responsável pela atenção básica no município, para estabelecer a intervenção como trabalho de cumprimento diário. Pretendíamos garantir os meios de transporte e locomoção para a equipe, visto que trabalhamos em áreas rurais, mas nem sempre isso foi possível. Para melhorar o acolhimento para os portadores de HAS e/ou DM, investimos em sua recepção, escutando suas queixas, considerando que esta é a porta de entrada da atenção básica e em nossa USF obtivemos uma conquista de muito sucesso, visto que o usuário foi orientado e acompanhado desde sua chegada até a conclusão do seu atendimento com retorno planejado.

Para garantir o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial, dos quais fazem parte os esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica e para garantir o glicômetro para a realização da glicemia capilar na unidade de saúde, tivemos que ser perseverantes, visto que essas disponibilizações não faziam parte dos objetivos da gestão municipal e da coordenadoria de área rural. Nem foi preciso atribuir funções aos membros da equipe em relação ao exame clínico, visto que na nossa unidade de saúde, cada funcionário conhece suas atribuições e foram cumpridores de suas responsabilidades, as quais foram avaliadas nas reuniões mensais, para o bom desenvolvimento da intervenção.

Os ACS visitaram e cadastraram os usuários, a enfermeira e a técnica de enfermagem realizaram a triagem, o acompanhamento dos usuários, as palestras, as atividades educativas e de promoção de saúde, a recepcionista monitorou ações ligadas ao arquivo específico, a dentista e eu que sou médica realizamos os atendimentos dos usuários, realizamos palestras e eu, fui responsável por realizar o monitoramento das ações por meio da planilha de coleta de dados.

Para realizarmos a capacitação da equipe, consideramos o protocolo de atuação municipal, que é baseado nos protocolos do MS para HAS e DM, os Cadernos da Atenção Básica, números 36 e 37. Essas capacitações ocorreram toda sexta-feira, durante a reunião na Secretaria da Saúde e aconteceram

também na USF, diferentemente do que se previa no projeto, que era realizar a capacitação nas duas semanas que antecederiam a intervenção e nas primeiras quatro semanas da intervenção. Pudemos contar com versões impressas e atualizadas dos protocolos do MS na unidade de saúde.

Durante a intervenção, foram garantidas todas as solicitações dos exames complementares, mas não foi possível obter estes serviços com agilidade. Foram estabelecidos os sistemas de alerta para os exames complementares preconizados pelo MS, que serão descritos no próximo tópico. Realizamos controle de estoque, considerando a validade dos medicamentos e contamos com um registro organizado e atualizado dos medicamentos necessários aos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na nossa USF.

Para que os portadores de HAS e/ou DM tivessem o direito ao seu atendimento odontológico, solicitamos à coordenadora municipal de odontologia. A odontóloga organizou a agenda para atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos, considerando a classificação do risco odontológico.

Organizaram-se as visitas domiciliares para buscar os faltosos e com muitas dificuldades conseguimos realizar as buscas, por meio de um árduo e contínuo trabalho com os líderes comunitários e equipe. Foi criada uma agenda específica para hipertensos e diabéticos provenientes das buscas e todos receberam atendimento priorizado e agendado. Realizamos um pacto com a equipe para que todas as ações ofertadas aos portadores de HAS e/ou DM fossem registradas nas fichas-espelho e na cópia impressa da planilha de coleta de dados, que foram transferidas para o computador, uma vez por semana, por mim.



Figura 3- Fotografia de visita domiciliar na área de abrangência da USF Gilmar Cândido da Silva, Cruzeiro do Sul, Acre, 2014.

No projeto prevíamos que realizaríamos reuniões mensais na USF onde seriam convocados os Gestores Municipais de saúde e membros das comunidades, que ocupassem algum cargo e pudessem contribuir com nosso trabalho e com a população e tais encontros aconteceram durante as reuniões que realizamos ao final de cada mês para avaliar as dificuldades e quando não participava a Secretária da Saúde Municipal, ela era representada pelo responsável pela atenção básica do município e pelos líderes comunitários.

Os dados do SIAB foram atualizados de acordo com os dados da planilha de coleta de dados, mensalmente, criamos arquivos específicos para as fichas-espelho dos portadores de HAS e DM. A recepcionista ficou responsável por fazer o levantamento nas fichas para identificar o atraso na realização de consulta de acompanhamento, no atraso da realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

As fichas-espelho foram dispostas nos arquivos específicos e monitoradas mensalmente pela recepcionista, sendo que eu que sou a responsável pela intervenção, supervisionei o seu trabalho e também realizei o monitoramento dessas ações, semanalmente, ao abastecer as planilhas com os dados obtidos, os quais tiveram fechamento mensal, pois os indicadores foram contabilizados mensalmente.

Foi realizada a priorização no atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, como os diabéticos insulín dependentes com incapacidades neurológicas, insuficiências de rins, insuficiência cardíaca e para isso, organizou-se a agenda para o atendimento desta demanda, incluindo as visitas domiciliares. Organizaram-se práticas coletivas sobre alimentação saudável, práticas coletivas para orientação de atividade física, auxiliados pelo NASF, após apresentação do projeto e solicitada sua colaboração. Foram organizadas e realizadas diferentes atividades, como cafés da manhã coletivos e supervisionados, com a participação comunitária e outras atividades como círculos de idosos, hipertensos e/ou diabéticos.

Para a prática coletiva das orientações sobre cuidados com a saúde bucal, a técnica de higiene dental e a dentista programaram e realizaram todas às quintas-feiras, após o atendimento, palestras e atividades de promoção de saúde bucal. Não foi necessário solicitar à gestão a aquisição de macro modelos e kits de higiene bucal, porque já contávamos com esse material na USF. Identificamos também, depois de nossa avaliação clínica integral, os usuários interessados em cessar o hábito do tabagismo e os encaminhamos ao profissional especializado, em nível municipal.

Para dar cumprimento às ações de **engajamento público** realizamos ao iniciarmos a intervenção, uma reunião na comunidade com a participação do Prefeito e da Secretaria de Saúde Municipal para falar a respeito da existência do programa de atenção à HAS e ao DM. Realizamos palestras educativas todas às terças-feiras para educar e orientar a comunidade sobre pesquisas oportunas de HAS, considerando a importância das medidas da pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Todos foram orientados sobre a importância do rastreamento para DM, em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Nessas ocasiões além de orientar, realizamos medida de pressão arterial e teste de glicemia capilar para todas as pessoas maiores de 18 anos. Essas palestras ocorreram, conforme prevíamos no projeto, nas escolas, creches, igrejas, onde a comunidade ocupa o papel de protagonista.



Figura 4- Fotografia de reunião com a comunidade com participação de autoridades locais para comunicar a existência do Programa de Atenção à HAS e ao DM na USF Gilmar Cândido da Silva, Cruzeiro do Sul, Acre, 2014.

Para orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM, semanalmente realizamos palestras na USF e falamos a respeito de riscos como: obesidade, sedentarismo, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e tabagismo. Discutimos também nesses momentos, sobre as doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS, sobre o autoexame dos pés, do uso de calçados adequados, sobre o corte correto das unhas, evitando a umidade, sobre a manutenção de um peso adequado, a realização de alimentação saudável e hábitos saudáveis para evitar o estresse.

Hipertensos e/ou diabéticos e comunidade foram orientados para a realização de exames complementares na periodicidade recomendada pelo protocolo e então, os hipertensos, se compensados, foram orientados para realizá-los anualmente. No caso dos diabéticos, sugeriu-se que os exames de glicemia de jejum e HbA1C fossem realizados duas vezes ao ano, quando o usuário estiver dentro da meta glicêmica estabelecida e, a cada três meses, se as taxas se encontrarem acima da meta pactuada. Os demais exames poderão ser realizados uma vez ao ano, considerando sempre as necessidades da pessoa, respeitando os protocolos do MS.

A comunidade, hipertensos e/ou diabéticos foram orientados sobre o departamento de farmácia existente na nossa unidade de saúde, que é abastecido pela Prefeitura municipal com os medicamentos para as doenças crônicas não transmissíveis de forma permanente, entretanto, se houver dificuldade com esse acesso, poderão adquirir tais medicamentos sem custos nas farmácias populares do município, com a receita, cartão do SUS e registro de identidade. Contamos com ajuda dos líderes religiosos, diretores das escolas e de creches, que nos auxiliam em todas as reuniões da comunidade. Para evitar evasão e o número excessivo de faltas, escutamos e demos participação aberta à comunidade, interagimos e nos apoiamos nos líderes comunitários.

Esclareceu-se aos portadores de HAS e/ou DM e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, segundo o protocolo do MS, que deve ser definido por critério clínico. Todos devem realizar acompanhamento nas consultas e manter o controle adequado. Para orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, se necessário, aproveitamos o espaço da reunião com os gestores públicos na comunidade e orientamos sobre seus direitos. Todos os usuários cadastrados e avaliados tiveram orientação sobre seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular.

Para realizar as orientações de promoção de saúde, pudemos contar com os profissionais do NASF, que enfatizaram a importância da alimentação saudável e da prática regular de exercícios físicos, onde a educadora física orientou sobre a importância de oxigenação cerebral através da atividade física e recomendou que se evitasse o sedentarismo e a obesidade. Para orientar os hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, foram realizadas com ajuda do NASF as atividades de participação comunitária, onde a psicóloga orientou sobre a importância de evitar a dependência e a existência de uma consulta especializada a nível municipal. Todos os hipertensos e/ou diabéticos foram orientados sobre a importância da higiene bucal e dos cuidados sobre a saúde bucal, realizada pela dentista e técnica de higiene dental. Para todas essas ações, foi discutida e abordada a importância do autocuidado, segundo previa-se no projeto.

Para dar cumprimento às ações de **qualificação da prática clínica**, foram realizados pactos com a equipe para as tarefas, palestras, cursos que permitissem a capacitação dos profissionais da USF. Nesse período as capacitações foram semanais. Para os ACS direcionamos os aprendizados para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência, com a equipe foi realizada capacitação para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do teste rápido de glicose, para adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Ainda com a equipe, realizamos capacitação para a realização do exame clínico apropriado e para seguir o protocolo para os exames complementares, cuja periodicidade é anual para hipertensos compensados e no caso dos diabéticos, os indicadores para a linha de cuidado de pessoas com DM é pactuado conforme diretrizes clínicas nacionais.

Como expliquei acima, os capacitandos receberam orientações para que os exames de glicemia de jejum e HbA1C fossem realizados duas vezes ao ano, nas situações em que a pessoa esteja dentro da meta glicêmica estabelecida e, a cada três meses, se acima estiver acima da meta pactuada. Os demais exames poderão ser realizados uma vez ao ano, considerando sempre as necessidades da pessoa e dos protocolos do MS.

Foi realizada a atualização de todos os membros da equipe para o tratamento da HAS e do DM, segundo os Cadernos da Atenção Básica números 36 e 37, todos foram capacitados sobre as alternativas de obtenção dos medicamentos na Farmácia Popular na possibilidade de estarem em falta na nossa USF. Os usuários diabéticos têm garantida a Insulina no caso de DM 1, e para aqueles que usam a via oral e não a subcutânea, têm garantida também a Metformina e Glibenclamida.

Durante as reuniões de capacitação, a dentista capacitou-nos sobre a avaliação e tratamento odontológico para hipertensos e/ou diabéticos. Os ACS foram treinados e receberam orientação quanto à realização de consultas para hipertensos e/ou diabéticos e sua periodicidade. A equipe foi treinada no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabético e também foi capacitada para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

A equipe foi capacitada para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham, que consiste em atribuir uma pontuação aos fatores de risco que podem estar presentes ou não no usuário. A pontuação total do escore leva em consideração as seguintes variáveis: sexo, idade, tabagismo, diabetes mellitus, lipoproteína de alta densidade, colesterol total, pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica. Este escore mede o risco de uma pessoa apresentar angina, infarto do miocárdio ou morrer de doença cardíaca em 10 anos. O risco é considerado baixo quando o escore é inferior a 10%, intermediário quando está entre 10 e 20% e alto quando é superior a 20% e, baseados nestes dados, define-se a conduta a ser tomada no acompanhamento do usuário. A equipe foi alertada sobre a importância do registro desta avaliação.

A equipe foi capacitada quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis como tabagismo, sedentarismo, obesidade, estresse, sobre a prática da alimentação saudável, sobre a promoção da prática de atividade física regular, sobre o acompanhamento e encaminhamento à consulta especializada para tabagistas. A equipe foi capacitada pela dentista e pela técnica de higiene dental sobre a importância da higiene bucal e dos cuidados sobre a saúde bucal do hipertenso e/ou diabético.

Falamos ainda sobre as metodologias de educação em saúde, enfatizando a importância sobre aproveitarmos o conhecimento do povo nas nossas abordagens e trabalharmos de uma forma que eles sintam-se à vontade, o mais perto possível, da realidade.

3.2 Ações previstas e não realizadas

Apenas uma ação de **organização e gestão do serviço** programada no projeto, não foi não cumprida. Não estava dentro da nossa governabilidade, entretanto, tentamos garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, mas não conseguimos. Contamos com um centro de diagnóstico municipal de recente inauguração, mas ainda não obtivemos a prioridade para os usuários das áreas rurais.

No eixo de **engajamento público** não foi necessário mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais a garantia da

disponibilização do atendimento com dentista, porque já tínhamos essa medida garantida.

3.3 Dificuldades na coleta e sistematização de dados

As dificuldades encontradas foram muitas e em primeiro lugar não contávamos com um registro atualizado dos usuários portadores de HAS e/ou DM, foi muito difícil realizar o cadastro devido ao fato de que a nossa área de abrangência é na zona rural e temos dificuldade de acesso por falta de transporte e pela presença das chuvas intensas, na maior parte do ano. Além disso, não temos computador e nem contamos com sinal de internet na USF. A impressão das fichas-espelho foi realizada na secretaria de saúde e capacitei os ACS para ajudar no preenchimento, uma vez que a enfermeira que trabalhava na USF nunca me apoiou, lutou para sabotar meu trabalho e foi necessário convocar uma reunião na secretaria de saúde para trocar por outra enfermeira. Foram muitas as dificuldades, sofremos muito, mas foi possível realizar os registros nas fichas-espelho de cada usuário cadastrado no Programa de Atenção à HAS e ao DM e também o registro dos dados nas planilhas de coleta de dados, que foram semanalmente apresentadas.

Tive algumas dificuldades com o preenchimento da planilha, mas aos poucos foi sendo solucionado.

3.4 Incorporação das ações à rotina do serviço

Foram cadastrados e acompanhados durante a intervenção 113 usuários hipertensos e 37 diabéticos, mas não conseguimos atingir a meta proposta, ainda que todas as ações tenham sido realizadas com muito sacrifício, vencendo muitas dificuldades, adversidades administrativas, sociais, climatológicas, geográficas, a falta de transporte, a falta de gestão administrativa, intensas chuvas que não permitiam realizar a recuperação dos faltosos às consultas.

Incorporaremos as ações a o trabalho na rotina da USF, para dar continuidade de forma permanente a tudo que se conquistou, como o monitoramento das ações realizadas mensalmente, o exame clínico integral a todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos e para estes últimos, com ênfase

no exame dos pés, pulsos periféricos, exploração da sensibilidade, para evitar as temidas amputações.

Foram realizados exames de laboratório, constantes no protocolo, dentro da periodicidade recomendada, avaliados e comentados no registro clínico exceto a hemoglobina glicosilada, porque não contamos com reativo na rede publica, só na rede privada e nossos usuários são pessoas de baixos recursos, a maioria recebe bolsa família.

Todo mês foi realizada a revisão da qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos, acompanhados na unidade de saúde, além de que, em cada consulta fizemos a avaliação da qualidade da triagem ofertada. Os diabéticos foram acompanhados mensalmente e realizamos pesquisa de glicemia capilar em cada consulta.

Em nossa USF, apesar de tantas dificuldades que atravessamos em nosso desempenho diário, devemos destacar que contamos com um dia que é terça-feira, para realizar coleta de exames e as amostras foram analisadas em laboratório do Centro de Diagnóstico Municipal e quando prontos, os resultados foram enviados para a USF e daqui, direto aos usuários, pessoalmente. Todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos foram atendidos pela dentista, prioritariamente.

Pretendemos continuar cadastrando os hipertensos e/ou diabéticos até que 100% estejam cadastrados e desfrutando dos benefícios destinados a eles no Programa de atenção à HAS e ao DM e para isso, contamos com a boa vontade da gestão e da equipe. Infelizmente não poderemos contar com a equipe do NASF, uma vez que, todos foram dispensados.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Depois da finalização da intervenção que teve duração de dezesseis semanas na USF Gilmar Cândido da Silva, Cruzeiro do Sul, AC, os resultados são apresentados por meio de uma avaliação de todos os indicadores que foram utilizados durante a intervenção, com a identificação das ações utilizadas para a obtenção dos resultados. O que nos permitiu conhecer a evolução de cada indicador estudado foi a utilização da planilha de coleta de dados, responsável pelo monitoramento mensal.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção a hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Ampliar para 30% o cadastro dos hipertensos da área de abrangência no Programa de atenção à HAS e ao DM da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Por estimativas nós deveríamos ter 409 hipertensos na área de abrangência da nossa USF, entretanto, ao final da intervenção tínhamos cadastrados um total de 113 hipertensos no Programa de Atenção à HAS, que evoluíram, conforme demonstrado na figura 5. No primeiro mês nós tínhamos 35 (8,6%) hipertensos cadastrados, no segundo mês 48 (11,7%), no terceiro mês, 55 (13,4%) e no quarto mês da intervenção tínhamos os 113 hipertensos (27,6%) cadastrados.

Por inúmeros motivos nós não alcançamos as metas e não ampliamos a cobertura do cadastro de hipertensos no Programa de Atenção à HAS e ao DM da USF, porque os dados iniciais não eram confiáveis, entretanto, as ações que mais contribuíram com os cadastros foram as visitas domiciliares para a atualização dos registros dos hipertensos realizadas pelos ACS, as palestras realizadas na USF e na comunidade sobre o tema, assim como a melhoria no acolhimento dos usuários. No último mês da intervenção realizamos ações diretamente nas comunidades da área de abrangência, aos sábados e

domingos, com a colaboração das lideranças religiosas e setores da educação. As maiores dificuldades enfrentadas foram os meios de locomoção para o acesso às áreas onde residem os usuários, que são muito distantes da USF, além do fato de que a população, em sua maioria é iletrada.

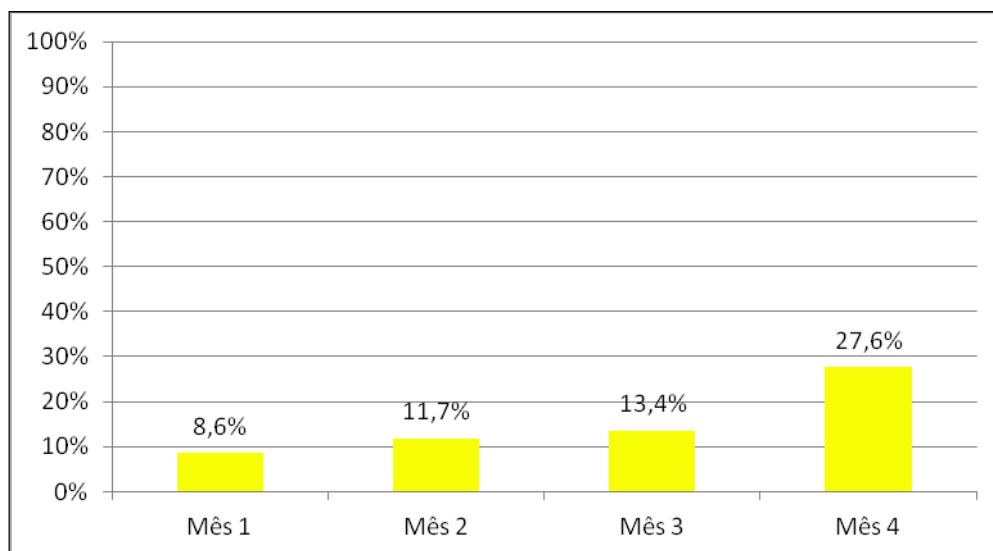


Figura 5- Cobertura do Programa de atenção ao hipertenso do USF Gilmar Cândido da Silva, Cruzeiro do Sul / AC, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final

Meta 1.2: Ampliar para 30% o cadastro dos diabéticos da área de abrangência no Programa de atenção à HAS e ao DM da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Durante a intervenção, ampliamos a cobertura dos diabéticos para 36,6%, representados por 37 diabéticos. Por estimativas, deveríamos ter na nossa área de abrangência 101 portadores de DM.

Conforme demonstra a figura 6, no primeiro mês tínhamos cadastrados 10 (9,9%), no segundo mês 14 (13,9%), no terceiro mês 17 (16,8%) e no quarto mês, 37 (36,6%) diabéticos da nossa área de abrangência.

No início da intervenção 15 diabéticos estavam cadastrados na unidade de saúde e não recebiam a atenção e os cuidados propostos no protocolo.

Para atingir os resultados anteriormente expostos enfrentamos várias dificuldades e realizamos ações específicas que possibilitaram a ampliação dos cadastros dos diabéticos, como as visitas domiciliares e intervenções na

comunidade com o auxílio dos líderes comunitários e a melhoria no acolhimento do portador de HAS e/ou DM. Foi solicitada a ajuda dos gestores municipais para contribuírem com o transporte dos ACS e equipe.

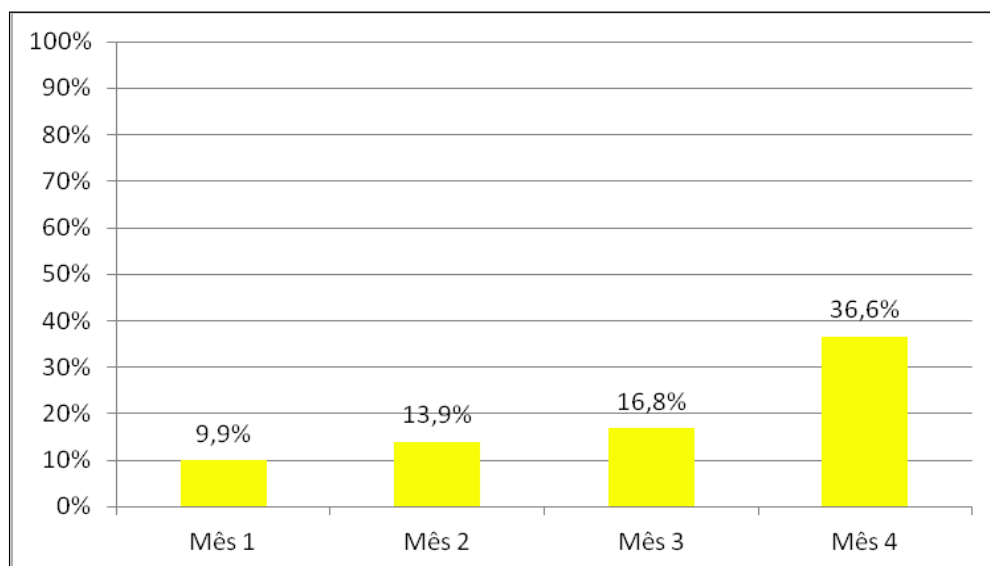


Figura 6- Cobertura do programa de atenção ao diabético do USF Gilmar Cândido da Silva, Cruzeiro do Sul / AC, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

No decorrer das 16 semanas da intervenção realizamos exames clínicos, em dia, de acordo com o protocolo para 113 hipertensos, isto é, para 100% dos usuários cadastrados e progressivamente durante os meses tivemos 35, 48, 55 e finalmente os 113 hipertensos cadastrados com exames clínicos em dia, de acordo com o protocolo.

Baseados nos programas e protocolos de atuação do MS, 2013, realizamos exames físicos com tomada das medidas antropométricas, circunferência abdominal, tomada da pressão arterial com a pessoa sentada e deitada, frequência cardíaca e respiratória, pulso radial e carotídeo, exame de

membros superiores e inferiores detalhado, além de indicarmos exame de fundo de olho e neurológico.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

No período da intervenção tivemos 37 diabéticos cadastrados no programa (100% em todos os meses) que receberam exame clínico em dia de acordo com o protocolo, sendo que no decorrer dos meses, tivemos progressivamente 10,14,17 e 37 diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, que foi realizado com vistas a detectar complicações da doença e identificar outras condições, que associadas, possam aumentar a morbimortalidade em todos os diabéticos avaliados.

Assim como para os hipertensos, realizamos medidas antropométricas com obtenção de peso e altura para cálculo do índice de massa corporal (IMC), realizamos exame da cavidade oral para detectar a presença de gengivite, problemas odontológicos e cândida albicans, palpamos as glândulas tireoides, de extrema importância em diabéticos tipo 1, medida da frequência cardíaca, com o usuário em posição sentada, realizamos ausculta cardíaca, exame dos pés para detectar lesões cutâneas, estado das unhas, calos e deformidades, avaliação dos pulsos arteriais periféricos, edema de membros inferiores e exame neurológico.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares, em dia, de acordo com o protocolo.

Durante o período da intervenção tivemos 72 portadores de HAS com exames complementares em dia, segundo o protocolo. Como demonstra a figura 7, no primeiro mês da intervenção foram solicitados e realizados exames complementares, de acordo com o protocolo, a 35 (100%) hipertensos, no segundo mês tínhamos 48 (100%), no terceiro mês, 55 (100%) e no último mês

da intervenção, houve a diminuição dos exames realizados, ainda que solicitados durante a consulta. Neste último mês tivemos 37 usuários cadastrados, mas apenas 22 usuários conseguiram realizar os exames, motivo pelo qual obtivemos 63,7% dos hipertensos com exames complementares em dia, segundo protocolo no decorrer dos 4 meses da intervenção.

Para garantir o cumprimento desta meta, convocamos os gestores municipais de saúde e realizamos uma reunião para estabelecer um sistema de atendimento prioritário aos hipertensos avaliados pelo programa. As coletas da amostra de sangue dos usuários aconteceu, semanalmente às terças-feiras, e em seguida foram enviadas para o centro de diagnóstico municipal, mas no último mês isto não foi cumprido, porque a máquina do laboratório clínico quebrou e, além disso, em muitas ocasiões as amostras estragaram pela falta de transporte para levá-las. Outro motivo pelo qual os exames não tenham sido realizados é que a maioria dos usuários mora muito longe do posto de saúde e a vinda deles para a USF no horário da manhã é difícil, até pela presença constante de chuvas.

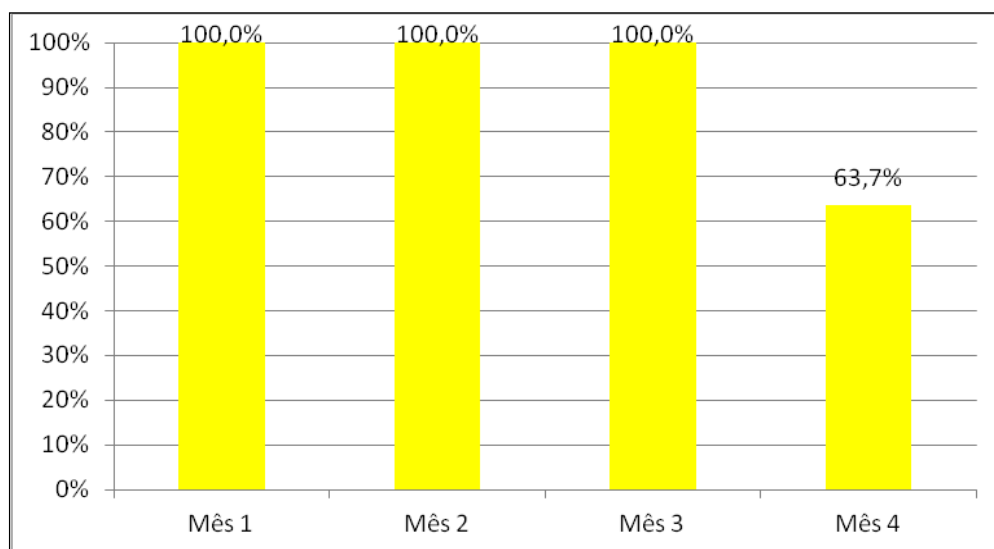


Figura 7- Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia, de acordo com o protocolo, na USF Gilmar Cândido da Silva, Cruzeiro do Sul / AC, 2015.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Tivemos durante a intervenção 22 exames complementares em dia de acordo com o protocolo, dos 37 diabéticos cadastrados no programa no período da intervenção, como mostra a figura 8. No primeiro mês tivemos 10 portadores de DM com exames complementares em dia, representando 100% dos usuários cadastrados na intervenção neste mês. No segundo mês tivemos 14 (100%) diabéticos com exames complementares em dia, no terceiro mês tivemos 17 (100%) e finalmente no quarto, solicitamos exames para os 20 usuários cadastrados, mas apenas 5 conseguiram realizar, motivo pelo qual tivemos no total dos 4 meses da intervenção, 59,5% dos usuários com exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.

Isso aconteceu devido à quebra da máquina que realiza os exames biomédicos que fica no centro de diagnóstico municipal, além de outras dificuldades como a distância da moradia dos usuários da USF, as dificuldades para o transporte, pela pouca disponibilidade de veículos, situação climática, com muita chuva e pela falta de gestão administrativa.

As conquistas foram devido às ações de engajamento público como o acordo feito com a gestão para a realização dos exames de forma prioritária aos diabéticos cadastrados no programa.

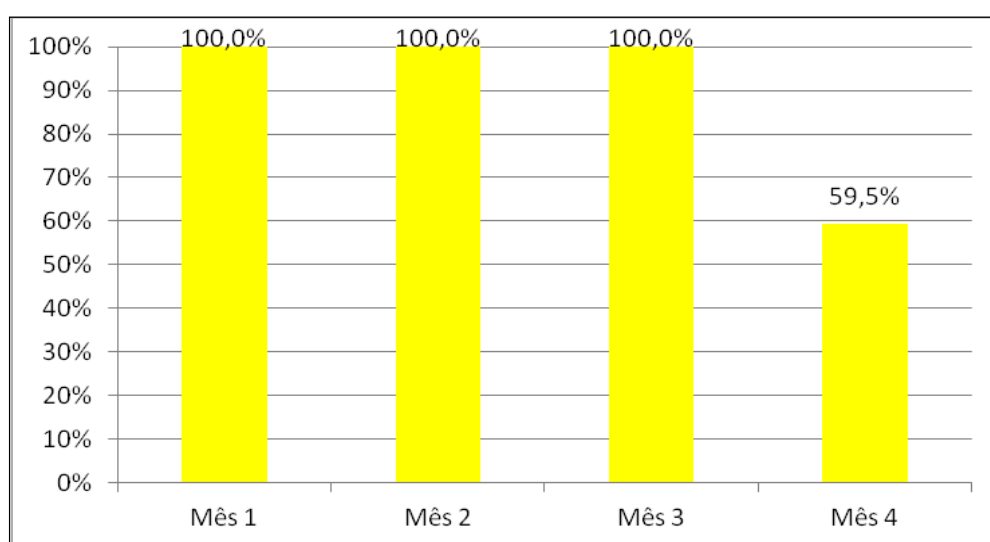


Figura 8- Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia, de acordo com o protocolo, na USF Gilmar Cândido da Silva, Cruzeiro do Sul / AC, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Em todos os meses da intervenção cumprimos em 100% essa meta, sendo que no total do período os 113 hipertensos cadastrados no programa receberam prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, sendo sucessivamente nos quatro meses: 35, 48, 55 e finalmente 113 hipertensos.

Para garantir o cumprimento dessa meta foi muito importante o engajamento público. Em primeiro lugar fizemos contato com os responsáveis pela farmácia do município que junto aos funcionários da secretaria de saúde foram convocados para podermos sensibilizá-los e a partir da iniciativa, criamos um sistema em que as farmacêuticas receberam as receitas dos medicamentos controlados com a identificação dos usuários que participaram da intervenção e em nosso caso, moravam em áreas distantes de difícil acesso, portanto, mereciam uma atenção diferenciada. Os usuários também foram informados sobre o direito ao acesso a esses medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Esta meta também foi cumprida em 100% em todos os meses, sendo que no total tivemos 37 diabéticos cadastrados no programa com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada e no decorrer dos meses progressivamente tivemos 10, 14, 17 e 37 diabéticos. As ações que mais contribuíram para o alcance da meta foram a divulgação por meio de palestras e orientações individuais sobre o direito ao acesso a esses medicamentos.

Para garantir esse acesso não podemos deixar de mencionar que a secretaria de saúde implementou um mecanismo de alta resolutividade para os insulínodos dependentes que garantiu a todos os carentes economicamente, com difícil condição de moradia, em áreas de difícil acesso, tivessem garantida a

insulina, com recebimento de forma organizada na USF, por meio de cadastro onde estão identificados os usuários com muita transparência e recebem sua medicação, que é conservada através de câmara fria.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Os 113 (100%) hipertensos cadastrados no programa receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico que durante os quatro meses da intervenção evoluíram progressivamente, sendo que no 1º mês tínhamos 35 hipertensos avaliados, no 2º, 48, no 3º, 55 e finalmente o 4º tínhamos os 113 hipertensos com realização de avaliação odontológica.

Esta meta foi atingida com ajuda de nossa competente odontóloga que apesar de trabalhar em outros postos de saúde, realizou este trabalho, objeto de avaliação de nossa intervenção, com muita dedicação.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Esta meta também foi cumprida em 100%, sendo que todos os diabéticos cadastrados no programa receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico, durante o período da intervenção. No 1º mês tivemos 10 diabéticos avaliados, no segundo 14, no terceiro 17 e no quarto, 37. Esta meta só foi atingida pelo empenho da nossa atenciosa e comprometida odontóloga, que mesmo tendo que trabalhar em outros postos de saúde realizou avaliação odontológica de todos os diabéticos cadastrados no programa.

Objetivo 3 Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Realizamos 64 (88,9%) buscas ativas para os hipertensos faltosos durante o período da intervenção, como mostra a figura 9, sendo que no primeiro mês não realizamos buscas, apesar de termos 8 usuários faltosos. No 2º mês realizamos buscas a 2 (20%) hipertensos, quando tínhamos 10 faltosos, no 3º mês tinham sido buscados 6 (42,9%) hipertensos, enquanto tínhamos 14 faltosos e finalmente no quarto mês, conseguimos buscar 64 (88,9%) hipertensos, quando deveríamos buscar 72 faltosos.

No primeiro mês não foi possível realizar a busca ativa dos hipertensos faltosos à consulta porque não contamos com o respaldo da secretaria de saúde, que não garantiu os meios de transporte e combustível para a realização da ação. Além disso, os agendamentos sofreram a interferência da enfermeira que em todo momento tentou desacreditar a intervenção e devido a isso, foi necessário trocá-la de posto de saúde para não afetar sua situação econômica e de trabalho.

A outra dificuldade encontrada foi a situação dos ACS que ainda não tinham sido capacitados adequadamente para realizar as buscas com a qualidade requerida. Outro fator que contribuiu com o atraso e com a abordagem integral da nossa intervenção, foi a epidemia de dengue que enfrentamos e que ainda está ocorrendo em nosso município. Devido a isso, tivemos limitações para realizar as capacitações no início da intervenção e acompanhar a equipe.

Durante o último mês, a situação mudou e devido às ações desenvolvidas e com muito esforço, conseguimos mudar os resultados, com a realização de intervenções diretas nas comunidades pertencentes à área de abrangência nos finais de semana e convocamos os setores de educação e líderes religiosos para nos apoiarem com a logística. Dessa forma, aumentamos a busca dos hipertensos.

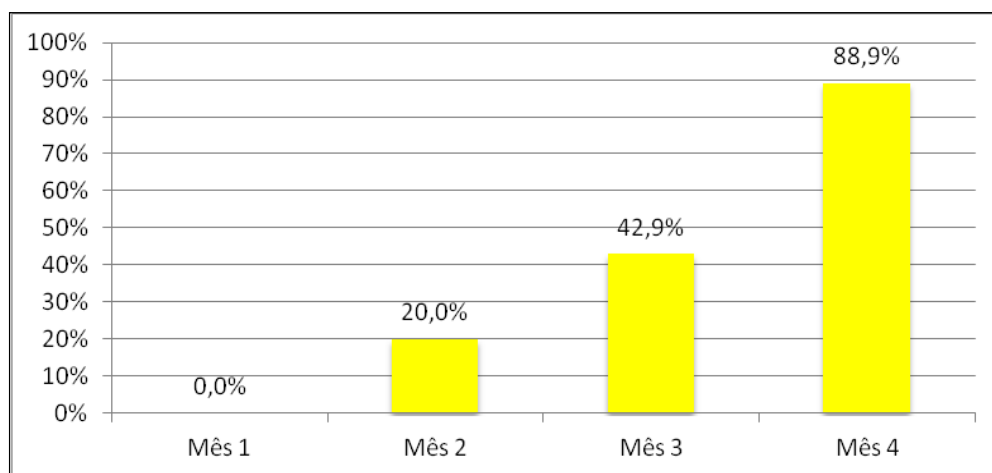


Figura 9- Proporção de hipertensos faltosos às consultas, com busca ativa na USF Gilmar Cândido da Silva, Cruzeiro do Sul / AC, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

No decorrer da intervenção, realizamos buscas ativas a 22 (95,7%) portadores de DM. Conforme demonstrado na figura 6, durante o primeiro mês não foi possível realizar busca ativa, apesar de termos um diabético faltoso à consulta, devido a diferentes situações, conjunturas políticas, sociais e geográficas. Como demonstrado na figura 10, no 2º mês realizamos 1 busca (50%), quando tínhamos 2 faltosos, no 3º mês tivemos 2 usuários com busca (66,7%), para 3 faltosos e no 4º mês, tivemos 22 buscas ativas (95,7%), dos 23 diabéticos que estavam faltosos.

Nossa realidade é muito desafiante, não contamos com as suficientes condições estruturais, demográficas e sociais que permitam estabelecer os cuidados e atendimento que a sofrida população merece, mas continuamos com nossos humildes esforços, obtendo o carinho, respeito e consideração da comunidade, que agradece dia a dia o nosso trabalho. A ação que mais contribuiu para o alcance das metas relativas às buscas dos diabéticos foi o trabalho dos ACS e as ações de engajamento público realizadas na comunidade, com auxílio dos líderes, nos finais de semana.

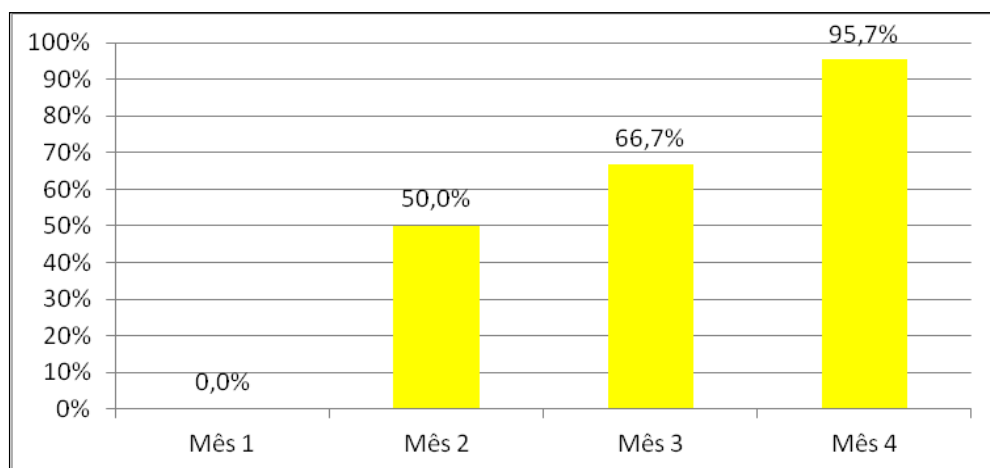


Figura 10- Proporção de diabéticos faltosos às consultas, com busca ativa na USF Gilmar Cândido da Silva, Cruzeiro do Sul / AC, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Durante a intervenção tivemos 100% (113) dos registros dos hipertensos cadastrados no programa atualizados e durante os quatro meses 35, 48, 55 e 113, respectivamente, fichas-espelho receberam atualização dos dados. Esta meta foi atingida realizando uma correta capacitação da equipe e pela distribuição das funções para que nenhum colega ficasse sobrecarregado. A recepcionista e os ACS foram responsáveis pelas fichas de acompanhamento, que com o auxílio do arquivo específico, permitiu buscas rápidas e efetivas. Infelizmente, ainda não dispomos de computador na unidade.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Também nesta meta tivemos o cumprimento de 100% (37) em todos os meses, sendo que na sequência foram 10, 14, 17, 37 fichas de acompanhamento de diabéticos atualizadas. Como foi relatado no resultado do indicador anterior, também para esta meta, a recepcionista e os ACS foram os incumbidos dos cuidados e da responsabilidade sobre as fichas de acompanhamento que foram acondicionadas no arquivo específico, facilitando a sua localização. Por meio desse arquivo, também tivemos a facilidade para identificar os faltosos às consultas, o atraso nos exames complementares e nas avaliações do risco cardiovascular, que devem ser realizados com periodicidade definida pelo protocolo ou por critério clínico.

Objetivo 5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Para esta meta o cumprimento foi de 100% (113) em todos os meses da intervenção, sendo que tivemos sequencialmente 35, 48, 55 e 113 hipertensos que foram avaliados em seus riscos cardiovasculares. Para o cumprimento dessa meta foi muito importante a realização de um exame físico e clínico bem detalhados e no nosso caso, a utilização do escore de Framingham para determinar a estratificação do risco. Esse método é uma ferramenta útil e de fácil aplicação no cotidiano e teve como objetivo estimar o risco de cada indivíduo hipertenso sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos pela presença de múltiplos fatores de risco, os que não são modificáveis como sexo, idade, etnia e os modificáveis como o tabagismo, sedentarismo, obesidade, hipercolesterolêmica e as hipertrigliceridemias. A partir da estratificação de risco selecionamos os indivíduos com maior probabilidade de complicações. Independentemente disso, a equipe identificou antecedentes familiares e pessoas com agravos à saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Assim como para os hipertensos, realizamos avaliação de risco para 100% dos diabéticos (37) cadastrados no programa e no decorrer dos meses da intervenção tivemos 10, 14, 17 e finalmente 37 diabéticos avaliados em seus riscos cardiovasculares. As ações que mais contribuíram para o alcance desta meta foram os cadastros dos diabéticos no programa e o seguimento pela equipe dos critérios estabelecidos no protocolo do MS que estabelece que os usuários recebam exames físicos, clínicos e avaliação do risco cardiovascular, que foi realizada com base no escore de Framingham.

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Todos os 113 hipertensos cadastrados no programa receberam orientações nutricionais sobre a alimentação saudável e no decorrer dos quatro meses da intervenção, tivemos 35, 48, 55 e 113 hipertensos que receberam essas orientações. As ações que mais contribuíram para o alcance da meta foram as orientações individuais realizadas nas consultas pela equipe e nas palestras educativas realizadas na área de abrangência da USF.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Assim como na meta programada para os hipertensos, esta meta também foi cumprida durante os meses da intervenção em 100%, sendo que no decorrer do período tivemos 37 diabéticos e durante os meses 10, 14, 17 e 37 diabéticos

cadastrados, que receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável. As ações que mais contribuíram foram as orientações individuais realizadas pela equipe e neste caso tivemos a colaboração da nutricionista do NASF e as palestras educativas promovidas na área de abrangência da USF.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Todos os 113 hipertensos cadastrados no programa (100%) receberam orientações sobre a importância da prática regular de atividade física, sendo que nos quatro meses tivemos 35, 48, 55 e 113 hipertensos com essa orientação. Esta meta foi atingida com ajuda da educadora física da equipe do NASF, que realizou as orientações e atividades esportivas com os usuários hipertensos da intervenção, com a participação ativa da comunidade, às segundas-feiras. Todos os hipertensos receberam também essas orientações nas consultas individuais realizadas na USF.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Todos os 37 diabéticos cadastrados no programa (100%) também receberam orientações sobre a importância da prática regular de atividade física e na sequência dos quatro meses da intervenção tivemos 10, 14, 17 e 37 diabéticos que receberam essas orientações. Esta meta foi atingida porque fizemos orientações regulares a esse respeito nas consultas individuais, nas palestras educativas realizadas na área de abrangência e pela colaboração da educadora física do NASF que realizou orientações e práticas físicas em todas as semanas na USF, com a participação de um grande número de pessoas da comunidade, inclusive dos diabéticos.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Todos os 113 hipertensos (100%) que foram cadastrados no programa da USF, receberam orientações sobre os riscos do tabagismo e durante os quatro meses, tivemos 35, 48, 55 e 113 hipertensos que receberam essas orientações. As ações que mais contribuíram para o alcance dessa meta foram as orientações individuais realizadas em consultas ou nas palestras educativas, onde recebemos apoio da psicóloga do NASF.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Assim como os hipertensos, os 37 diabéticos (100%) cadastrados no programa receberam orientações sobre o risco do tabagismo e no decorrer dos meses tivemos 10, 14, 17 e 37 diabéticos com essas orientações. As ações que mais contribuíram foram as orientações individuais nas consultas e nas palestras educativas realizadas na área adscrita da USF, que receberam a participação da psicóloga do NASF.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Os 113 hipertensos cadastrados no programa receberam orientações a respeito de higiene bucal e no decorrer dos meses da intervenção tivemos 35, 48, 55 e 113 hipertensos com essas orientações. As ações que mais contribuíram foram as orientações individuais realizadas pela dentista, pela técnica em saúde bucal e por meio de palestras educativas na comunidade, realizadas pela equipe.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Os 37 diabéticos cadastrados no programa (100%) também receberam orientações sobre higiene bucal e durante os quatro meses 10, 14, 17 e 37 diabéticos receberam essas orientações. As ações que mais contribuíram foram as orientações realizadas pela dentista, pela técnica em saúde bucal e equipe na USF, além das palestras educativas promovidas na comunidade.

4.2 Discussão**Resumo do que alcançou com a intervenção**

A intervenção realizada na USF Gilmar Cândido da Silva, desde seu início, apresentou grandes desafios. As dificuldades foram inúmeras, portanto, as conquistas estão sendo muito valorizadas. Apesar de não termos atingido a meta e não termos ampliado a cobertura do cadastro dos hipertensos, assim como não conseguimos que todos os hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa estejam atualmente com os exames complementares, em dia, de acordo com o protocolo e que 8 hipertensos e 1 diabético não tenham recebido busca ativa devido às dificuldades encontradas, contribuímos fortemente com a melhoria do atendimento integral dessa população, além de trabalhar de forma preventiva com os fatores de riscos destas doenças crônicas não transmissíveis. A intervenção permitiu renovar o mapeamento, cadastramento, a melhoria dos registros, que até esse momento encontravam-se desatualizados. Ampliou-se a cobertura dos portadores de DM, aperfeiçoando a avaliação clínica, considerando a classificação de risco cardiovascular, a avaliação laboratorial e foram propostos tratamentos em função de se elevar a qualidade de vida e evitar as futuras e temidas complicações.

Importância da intervenção para a equipe

É muito relevante destacar que a intervenção permitiu que a equipe tomasse consciência e responsabilidade quanto à importância de manter-se atualizado, seguindo as recomendações do programa e protocolo de atendimento do MS. Um dos maiores desafios para o profissional da Atenção

Básica é manter-se adequadamente atualizado, considerando a quantidade cada vez maior de informações disponíveis, porém a intervenção propiciou que apesar das situações eventuais acontecidas com a primeira enfermeira que sempre agiu de forma contrária ao projeto e devido a isso foi transferida para outra USF, podemos dizer que hoje somos uma equipe sólida, unida, receptiva, onde todos interagimos de forma integrada: médica, enfermeira, técnica de enfermagem, recepcionista, dentista, técnica de saúde bucal e desempenhamos papéis fundamentais nas estratégias de prevenção, diagnóstico, tratamento, monitoramento, controle dos fatores de riscos das doenças como HAS e DM, o que exigiu estabelecer um processo de capacitação permanente, sistematizada e educativa com os membros da equipe. Esses recursos permitiram que nossa intervenção tenha sido muito oportuna para que os usuários hipertensos e/ou diabéticos pudessem conhecer a necessidade das mudanças de hábitos e estilos de vida para que desse modo, por meio do autocuidado, contribuam com a redução da morbimortalidade causada por essas duas patologias.

Para dar cumprimento às ações previstas no projeto de intervenção e para uma melhor organização do serviço, todos os membros da equipe receberam funções determinadas para por em prática essas ações. Eu como médica realizei consultas clínicas integrais, executei ações de assistência integral, visitas domiciliares e consultas com procedimentos em diferentes ambientes: escolas, creches e áreas abertas. Aliei a atuação clínica à prática da saúde coletiva, fomentei a criação dos grupos para patologias específicas, como os de hipertensos e/ou diabéticos.

Nosso trabalho de promoção e prevenção para os fatores de riscos modificáveis das patologias crônicas não transmissíveis, também foram constantes. A enfermeira realizou cuidados executando as ações para planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as atividades da USF no nível de sua competência. A assistência básica e as ações de vigilância preventiva, epidemiológica, sanitária e de educação para a saúde, também foram por ela executadas. Solicitou ainda exames complementares, transcreveu medicações, conforme estabelecido nos protocolos dos programas do MS e na disposição legal da profissão e supervisionou, junto a mim, a capacitação dos ACS e da técnica de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.

Elaboramos em conjunto e com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que a colocam em risco, realizamos visitas domiciliares e busca ativa para recuperar os faltosos às consultas, identificamos em conjunto os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais a população da área adscrita está exposta, aprofundamos a avaliação da relação do usuário com a família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto e de respeito, promovemos os acessos à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra referência para os casos de maior complexidade ou que necessitaram de internação hospitalar, promovemos ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados. Fomentamos a participação popular, discutindo com a comunidade o direito à saúde com incentivo e/ou participação ativa da comunidade nos Conselhos locais de saúde.

A técnica de enfermagem realizou procedimentos dentro de suas competências técnicas e legais na USF e nos domicílios, preparou os usuários para a consulta médica e de enfermagem, realizando triagem, tomada de pressão arterial, hemoglicoteste, pesagem, medida da altura, participou em todas as ações de educação em saúde na USF e na comunidade. Os ACS realizaram mapeamento de sua área de abrangência, cadastraram os hipertensos e/ou diabéticos e atualizaram o cadastro de forma permanente, identificando indivíduos e famílias expostas às situações de risco, orientando as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando dolos e agendando consultas, exames e atendimento odontológico e realizaram busca ativa de faltosos às consultas. Informaram a equipe e os demais membros sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco.

A odontóloga realizou consultas clínicas aos hipertensos e/ou diabéticos, executou ações de assistência integral, procedimentos preventivos e terapêuticos, realizou pronto atendimento em conjunto com a equipe nas urgências e emergências, pesquisou os usuários com necessidade de próteses e fez encaminhamentos a outros serviços de maior complexidade. A técnica de saúde bucal participou, de forma ativa, em conjunto com a equipe, nas palestras

educativas, agendamento das consultas odontológicas, preparou os usuários para as consultas odontológicas e realizou ações de educação em saúde nos grupos de hipertensos e/ou diabéticos. A recepcionista orientou a comunidade com um excelente acolhimento, como porta de entrada da atenção básica para utilização adequada dos serviços de saúde, o cronograma de atendimento em ordem de prioridade para hipertensos e/ou diabéticos.

Importância da intervenção para o serviço

Quando iniciamos a intervenção em nossa USF foi uma grande novidade e vale ressaltar que havia a necessidade e era fundamental organizar os cuidados ofertados na Atenção Básica, pois de forma geral não contávamos com um sistema organizado de atendimento, com um fluxo assistencial garantido para os hipertensos e/ou diabéticos, objetos de nossa intervenção. O planejamento da intervenção permitiu identificar as necessidades da USF para o cuidado dos usuários nas ações de promoção de saúde, preventivas, curativas, reabilitadoras e paliativas. Identificamos as necessidades da USF quanto ao seu funcionamento nas questões logísticas, dos cuidados dos usuários e observamos que havia aspectos que deveriam ser melhorados. Dentre eles, a utilização correta do cartão do SUS para identificação do sistema de saúde e cadastro, o registro em fichas-espelho das ações ofertadas aos usuários com a história clínica do usuário e do memorial do atendimento, considerando a sua importância, o transporte como parte da logística para realizar a locomoção e permitir as visitas domiciliares e as buscas ativas, esfigmomanômetros, glicômetros, balanças e altímetros que são as ferramentas que precisamos para realizar nosso trabalho, pontuando o que já existia e o que necessitava ser pactuado com a gestão municipal, identificamos também por meio do planejamento para a intervenção, as necessidades da USF, quanto ao sistema de apoio (diagnóstico, terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação). Estas ações permitiram a avaliação integral dos usuários diabéticos e/ou hipertensos, com acesso garantido ao nosso serviço, com identificação estimada das pessoas que sofrem de ambas as doenças, os diferentes estratos de risco e a realização da programação dos cuidados, de acordo com as necessidades individuais e os parâmetros para as duas doenças.

Em breve, contaremos com uma nova USF, que obedece as referências do MS no ponto de vista estrutural, arquitetônico, epidemiológico e administrativo, conquista esta atingida, depois de superar muitas dificuldades, por meio do engajamento público. Aconteceram muitas reuniões com a participação da Secretária da Saúde de Cruzeiro do Sul, nossa equipe, ACS e membros da comunidade.



Figura 11- Fotografia da equipe que se reuniu para discutir a construção da nova unidade de saúde na Lagoinha, Cruzeiro do Sul, AC

Importância da intervenção para a Comunidade

O impacto da intervenção para a comunidade começa a dar frutos e como já mencionamos anteriormente, a prefeitura aprovou a construção de uma nova USF na comunidade de Lagoinha, zona rural de difícil acesso e ponto de referência para outros postos de saúde fronteiriços.



Figura 12- Fotografia da construção da nova unidade de saúde na Lagoinha, Cruzeiro do Sul, AC, 2015.

No início da intervenção os usuários não se mostraram animados porque vale lembrar que a maioria deles são pessoas iletradas ou de muito baixo nível cultural. Com a evolução da intervenção, em decorrência de intensas atividades educativas e de promoção de saúde, apesar dos obstáculos administrativos, geográficos e climáticos, esses usuários perceberam a importância da intervenção e seus benefícios ao poder receber atendimento prioritário, realizar exames complementares sem custo algum, atendimento odontológico prioritário e a garantia dos medicamentos para suas doenças gratuitamente.

Estamos trabalhando também para modificar os estilos de vida, por meio de orientações individuais e de palestras educativas, com o apoio da equipe do NASF.

Sendo assim, a população agradece a implementação do Programa e a maioria se mostra com uma significativa satisfação.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento

Quando iniciamos a intervenção demonstramos a importância e repercussão significativa do trabalho a ser realizado. Fizemos orientações e educamos a população com relação à demanda espontânea do atendimento e explicamos que existem usuários que devem receber atendimento prioritário devido as suas doenças, permitindo uma melhor organização do serviço de saúde no acolhimento, cadastro e registro do portador dessas patologias, entretanto, faltou articulação com os gestores municipais de saúde.

A constante perseverança, focalizando a importância da implementação do programa de atenção à HAS e ao DM, com intenção de diminuir a morbimortalidade devido à HAS e/ou DM não controladas devidamente, fez com que os funcionários municipais reconsiderassem as opiniões e a partir do meio para o final da intervenção, passaram a compreender melhor e oferecer o apoio necessário para realizar nosso trabalho com vistas a melhorias futuras.

Viabilidade de incorporar sua intervenção a rotina do serviço/ que melhorias pretende fazer na intervenção

Pretendemos incorporar as ações da intervenção na nossa rotina do serviço, pois dessa forma estamos melhorando o atendimento à população, o acolhimento é organizado, a atenção e cuidados ofertados são baseados nos protocolos de atendimento do MS e nos protocolos municipais que foram adequados as nossas condições de trabalho.

Seguimos dando cumprimento às atribuições que correspondem a cada profissional, apesar de estarmos conscientes que nossa área de abrangência tem uma situação geográfica difícil, é vitima de chuvas intensas, temos problemas com transporte que dificultam a atuação dos recursos humanos. Devemos continuar com o trabalho de capacitação constante dos ACS, para a continuidade do mapeamento da área, cadastro, identificação e registro de novos portadores de HAS e/ou DM, além do acompanhamento e supervisão do trabalho que já feito. Dessa forma, temos a intenção de continuar trabalhando para atingir e completar as metas propostas.

Quais os próximos passos

Como falei anteriormente, pretendemos continuar atualizando o cadastro, registro e mapeamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos de nossa área adscrita, dar continuidade à capacitação atualizada da equipe, com base nos programas e protocolos de atuação do MS e prosseguir na continuidade do controle da cobertura.

Futuramente, baseados neste projeto pretendemos implementar o Programa de Saúde da Criança, com a intenção de garantir a toda criança

brasileira o direito à vida e à saúde que ainda não foi alcançada, pois persistem desigualdades regionais e sociais inaceitáveis. Pretendemos reorganizar a assistência e vincular formalmente o pré-natal, ao parto e ao puerpério, ampliando o acesso das mulheres aos serviços de saúde e garantindo a qualidade da assistência.

5 Relatório da Intervenção para os Gestores

Dirigimo-nos às autoridades do município de Cruzeiro do Sul, Acre, para comunicar-lhes alguns dados obtidos com a intervenção realizada e os benefícios reportados à comunidade e ao nosso serviço, com a melhoria dos indicadores de saúde, especialmente os de qualidade do Programa de Atenção aos hipertensos e/ou diabéticos da Unidade de Saúde da Família (USF) Gilmar Cândido da Silva, localizada na Lagoinha, município de Cruzeiro do Sul, estado do Acre.

Desde que iniciamos a intervenção na comunidade com os usuários portadores de ambas as doenças crônicas não transmissíveis, o primeiro passo foi convocar uma reunião com nossos gestores municipais que foi realizada na Secretária da Saúde Municipal e participaram: um representante do Prefeito, o responsável pela atenção básica, a Secretária da Saúde Municipal e a Coordenadora da área rural a qual pertencemos. Naquela ocasião, apresentamos o projeto da intervenção e hoje, estamos apresentando os resultados obtidos com a intervenção, que teve duração de 16 semanas e ocorreu no período de outubro de 2014 à março de 2015.

A implementação do Programa, que teve como metodologia o emprego de ações em quatro eixos temáticos, dentre elas, ações para monitorar a evolução e os resultados da nossa intervenção. Para que isso fosse possível, cada usuário passou a ter registro em ficha-espelho e todos foram registrados em uma planilha eletrônica de coleta de dados, que automaticamente calculou os resultados. Nas ações de qualificação da prática clínica que visaram capacitar a equipe e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a intervenção, todos participaram e utilizamos os protocolos do Ministério da Saúde, os Cadernos da Atenção Básica números 36 e 37, como diretrizes. As reuniões para a capacitação ocorreram semanalmente.

Para os ACS direcionamos os aprendizados para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos e para as buscas ativas destes usuários faltosos. Com a equipe a abordagem foi bem mais ampla. Discutimos todas as variáveis envolvidas nos indicadores programados para a intervenção para a melhoria da qualidade da atenção e dos cuidados ofertados a esse grupo populacional. Orientamos a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo o uso adequado do manguito, o teste rápido de glicose para adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, a realização do exame clínico apropriado, o cumprimento do protocolo nos exames complementares, entre muitos outros temas.

Planejamos e realizamos ações para organização e gestão do serviço e por meio delas, planejamos todas as etapas da intervenção, todo o material necessário para a melhoria do acolhimento, da triagem e consultas, a divisão de tarefas dentro da equipe, as palestras na USF e na comunidade, a busca aos faltosos, a organização da agenda para esses atendimentos, entre tantas outras ações. Finalmente, nas ações de engajamento público os portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) e comunidade receberam as orientações necessárias com base nos protocolos, como a periodicidade preconizada para as consultas, a necessidade do acompanhamento e controle adequado desses usuários, os direitos em relação à manutenção dos registros, o acesso à segunda via quando necessário e aproveitamos o espaço da reunião com os gestores públicos na comunidade para fazer esta orientação. Orientamos também sobre o direito de receber medicamentos gratuitos para tratamento de suas patologias. Todos os usuários cadastrados e avaliados tiveram informação sobre seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular.

Para realizar as orientações de promoção de saúde, pudemos contar com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que enfatizaram a importância da alimentação saudável e da prática regular de exercícios físicos. A educadora física orientou sobre a importância da oxigenação cerebral através da atividade física e recomendou que se evitasse o sedentarismo e a obesidade. Para orientar os hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o hábito, foram realizadas, com ajuda da psicóloga

do NASF, atividades de participação comunitária, onde se orientou a importância de se evitar a dependência e a existência de atenção especializada a nível municipal. Todos os hipertensos e/ou diabéticos foram orientados sobre a importância da higiene bucal e dos cuidados sobre a saúde bucal, realizada pela dentista e técnica de higiene dental. Foram discutidas e abordadas também, a importância do autocuidado, de acordo com o previsto no projeto.

Antes da intervenção os dados de nossa USF não eram confiáveis, pois não realizávamos registro dos portadores de HAS e/ou DM e não dispúnhamos de arquivo específico para os portadores dessas duas patologias. Os números iniciais dos cadastrados foram obtidos com os ACS, mas estavam desatualizados. Naquele momento segundo aqueles dados tínhamos 114 hipertensos e 15 diabéticos cadastrados, mas desses, somente um hipertenso e um diabético tinham realizado estratificação do risco cardiovascular e 107 hipertensos e 14 diabéticos estavam com as consultas agendadas com atraso de mais de 7 dias. Poucos tinham exames complementares realizados. Durante a intervenção, foram cadastrados e acompanhados 113 hipertensos e 37 diabéticos, mas não conseguimos atingir a meta proposta para o cadastro dos hipertensos. Estimamos que alcançaríamos 30% de cobertura para ambas as patologias, mas infelizmente alcançamos 27,6% para hipertensos e ultrapassamos a meta para diabéticos, alcançando 36,6%. Todas as ações foram realizadas com muito sacrifício, vencendo muitas dificuldades, adversidades sociais, climatológicas, geográficas, falta de transporte, de gestão administrativa. Os motivos elencados acima associados às intensas chuvas impediram a realização das buscas ativas de todos os faltosos às consultas.

Incorporaremos as ações na rotina de trabalho da USF, para dar continuidade de forma permanente a tudo que se conquistou, como o monitoramento das ações realizadas mensalmente, o exame clínico integral a todos os hipertensos e/ou diabéticos e para estes últimos, com ênfase no exame dos pés, pulsos periféricos, exploração da sensibilidade, para evitar as temidas amputações.

Pretendemos continuar cadastrando os hipertensos e/ou diabéticos até que 100% estejam cadastrados e desfrutem dos benefícios do Programa de atenção à HAS e ao DM e para isso, contamos com a boa vontade da gestão e

da equipe. Infelizmente não poderemos contar com a equipe do NASF, uma vez que todos foram dispensados.

6 Relatório da intervenção para a comunidade

É com muita alegria que venho compartilhar com vocês os resultados da intervenção que aconteceu aqui na nossa área de abrangência, voltada para os portadores de pressão alta e diabetes. Para dar início a este relatório gostaria de destacar que “valorizo muito o saber popular”. O primeiro remédio que tento oferecer é o carinho junto a sorrisos, que procuram romper aquela ideia do médico sisudo, antipático, que só escreve e não interage com seus usuários. Essa era a primeira barreira que tínhamos que ultrapassar e a nossa equipe venceu. Acredito que o nosso comportamento facilitou um pouco o processo de aceitação e, assim, pudemos conversar com vocês a respeito de assuntos ligados à pressão alta e diabetes, colaborando dessa forma, para que hoje tenham um melhor conhecimento sobre essas doenças e que possam participar das decisões sobre a sua saúde por meio das ações preventivas e de mudança de hábitos, como as escolhas por alimentos mais saudáveis e a prática regular de exercícios físicos, por exemplo.

Apesar de termos trabalhado bastante, só **113 portadores de pressão alta e 37 diabéticos** foram cadastrados no programa que oferece a melhoria da saúde para esses usuários e por isso, vamos continuar trabalhando até que todos os portadores dessas doenças estejam cadastrados.

Com as ações ofertadas na intervenção, a nossa equipe pode perceber uma maior adesão aos tratamentos, evitamos internações hospitalares e gastos para as famílias, que na grande maioria é sofrida, sustentadas pela agricultura, com moradia em zonas de difícil acesso e que carecem de meios de transporte. Reduzimos as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso, organização do atendimento prioritário e a melhoria do acolhimento.

Garantimos, com responsabilidade, os direitos dos usuários, a gestão participativa com intervenções oportunas nos diferentes cenários, onde as conversas e orientações foram feitas com linguagem clara e adequada, o que permitiu a rica e aberta participação popular, para nossa satisfação.

Além disso, os cadastrados no programa receberam atendimento clínico, odontológico, laboratorial, farmacêutico e avaliação pela equipe do NASF, de forma prioritária.

Nós como funcionários da saúde ficamos felizes, mas ainda não totalmente satisfeitos porque não atingimos as metas propostas, mas sentimos que estamos trabalhando com as possíveis soluções e alternativas para seus problemas de saúde, sobretudo aos portadores de fatores de riscos que fazem parte dos usuários que sofrem de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Percebemos ainda, que hoje o nosso trabalho é mais reconhecido e valorizado, pois os usuários acreditam na USF e a procuram por confiar nos profissionais e por compreender a importância da Atenção Básica.

Por outro lado, entendemos que para desenvolver um bom trabalho, com poucos recursos, é necessário que sejamos verdadeiros defensores da saúde e com humildade, acreditamos que é possível levar saúde com qualidade ao povo brasileiro.

Precisamos continuar cadastrando quem tem pressão alta ou é diabético no nosso programa. Se você tem mais de 18 anos de idade, deve controlar a sua pressão arterial, pelo menos uma vez por ano e se alguém na sua família tem pressão alta, diabetes, ou ainda se você está acima do peso e não pratica atividades físicas regularmente, venha fazer o teste de glicemia capilar para pesquisar oportunamente a diabetes mellitus e evitar, dessa forma, futuras complicações. Estamos aguardando vocês!

7 Reflexão Crítica sobre Processo Pessoal de Aprendizagem

O curso de Especialização em Saúde da Família, UFPel, Educação a Distância (EaD) constituiu para mim um dos maiores objetivos, desafios e talvez a experiência mais enriquecedora que tenha acontecido em minha vida, como profissional e no âmbito pessoal.

Os aprendizados tiveram um grande significado porque permitiram elevar meu nível de superação individual em todos os perfis educacionais, como por exemplo, no campo da informática. Hoje posso fazer uma reflexão crítica dos meus primeiros passos quando iniciei o curso e não conseguia encontrar o caminho para comunicar-me com minha orientadora, pois apesar de eu ter muita boa vontade, não tinha conhecimento de muitos aspectos da computação, que são vitais para complementar o curso. Com ajuda de Deus e da minha orientadora, fui refletindo, estudando e com muita perseverança, atingi os objetivos propostos.

Considero como aspectos relevantes do curso, seu elevado conteúdo didático e seu grande significado para nossa prática diária, incorporando as ações propostas para a intervenção na rotina do trabalho. É uma grande oportunidade a formação pedagógica e o planejamento teórico para melhorar nossos serviços, o atendimento da população adscrita, ampliando a qualidade e a equidade do atendimento à saúde dos cidadãos.

O curso permitiu a superação da equipe e por meio de uma melhor capacidade técnica e competência foi possível melhorar a gestão do trabalho e obter um melhor vínculo com a comunidade.

A educação à distância permitiu interagir com outros especializando por meio dos fóruns de dúvida clínica e da ESF, onde foi possível falar sobre nossas vivências individuais e coletivas e debatemos, dialogamos, aprendemos sobre as experiências de outros que assim como nós, também atravessaram muitas dificuldades para atingir esta linda e reconfortante etapa do curso.

O curso oportunizou a todos nós, profissionais do SUS, vinculados à estratégia de saúde da família, promover a capacidade de gestão e de organização dos serviços da Atenção Primária à Saúde e da Saúde da Família, a qualificação da prática clínica, a institucionalização da avaliação e monitoramento em saúde, o exercício da cidadania e o incentivo à participação social.

O diálogo orientador - educando (DOE) constituiu uma experiência única, enriquecedora, espaço para refletir, reconsiderar, conversar com nosso orientador, perguntar as dúvidas, desabafar e muitas vezes chorar como crianças por não compreendermos os objetivos que eram propostos, mas parabéns para todo o conselho pedagógico, para minha orientadora Christiane Lacerda Franco Rocha, pela parceria durante todo o ano e a disponibilidade para colaborar. Ainda hoje me lembro quando no dia 05 de fevereiro do ano 2014, no feedback , ela me falou: “Lendo esses documentos você vai descobrir que o curso é ofertado em quatro Unidades e na sua conclusão, o seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) estará pronto.” Esse feedback era referente à leitura do Guia do especializando e do Projeto Pedagógico e hoje, um tempo depois, estou vivenciando o que foi previsto naquela ocasião.

Muito obrigada!

Referências

BRASIL. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Censo 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em abril de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. **Cadernos de Atenção Básica n. 36**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. **Cadernos de Atenção Básica n. 37**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

Anexos

Anexo A – Autorização do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel

Anexo B - Planilha de Coleta de Dados

Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	<input type="checkbox"/> paciente é hipertenso?	<input type="checkbox"/> paciente é diabético?	<input type="checkbox"/> paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	<input type="checkbox"/> paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?
de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1							
2							
3							
4							

<input type="checkbox"/> paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	<input type="checkbox"/> paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	<input type="checkbox"/> paciente realizou avaliação odontológica?	<input type="checkbox"/> paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação	<input type="checkbox"/> paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Anexo C – Ficha-Espelho

[illegible][illegible]